POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany przez

Dr. BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA,

PROFESORA UNIWERSYTETU JAGIELL.

ZE WSPÓŁUDZIAŁEM PP.: DRA BABIŃSKIEGO W PARYŻU, DRA BAŁŁABANA, DOC. DRA BEDNARSKIEGO WE LWOWIE, PROF. BROWICZA, PROF. BUJWIDA, PROF. CYBULSKIEGO, PROF. KOSTANECKIEGO, DOC. DRA K. W. MAJEWSKIEGO, PROF. NATANSONA, PROF. PIENIĄŻKA W KRAKOWIE, DRA KRAMSZTYKA W WARSZAWIE, PROF. MACHEKA WE LWOWIE, DRA NOISZEWSKIEGO W DYNABURGU, DRA RUMSZEWICZA W KIJOWIE, DRA PILTZA, DRA SĘDZIAKA JANA W WARSZAWIE, DRA STRZEMIŃSKIEGO W WILNIE, DOC. DRA SZULISŁAWSKIEGO WE LWOWIE, DRA J. TALKI W LUBLINIE.

Marzec — ROCZNIK SIÓDMY — 1905.

I. PRACE ORYGINALNE.

O guzach gruźliczych naczyniówki.

Podał

DR KONRAD RUMSZEWICZ

z Kijowa.

Sprawa gruźlicza w naczyniówce spostrzegać się daje w trzech klinicznych postaciach: 1. Gruzełków prosowatych, które za pomocą wziernika pierwszy zbadał w r. 1855 Jaeger. Obraz kliniczny najzupełniej przypominać może rozsiane zapalenie naczyniówki. 2. Ostrego zapalenia, mającego wygląd ostrego zapalenia całej błony naczyniowej *(iridochorioiditis)* i 3. umiejscowionej zupełnie sprawy w postaci guzów. Gruźlica naczyniówki znaną jest od dawna. Już w r. 1838 Guéneau de Mussy[1]) znalazł u chorej, zmarłej na ogólną gruźlicę, również drobne węzełki w naczyniówce. Cohnheim u zmarłych na ogólną gruźlicę prosowatą [2]) stale znajdował gruzełki w naczyniówce. Znacznie dawniej znajdowali je Gerlach (w r. 1852), Autenrieth zaś jeszcze w r. 1808. W r. 1870 Gradenigo[3]) spostrzegał piętna na tęczówce, tylnej powierz-

chni rogówki i w samej istocie jej. Sekcya wykazała, że były to gruzełki gruźlicze, które znaleziono nadto w naczyniówce i prawie we wszystkich narządach wewnętrznych. Wreszcie Perls[4]) dokładnie opisał gruźlicze zapalenie tęczówki i ciała rzęskowego. Były też tu gruzełki w siatkówce. Do zbadania wszakże sprawy gruźliczej błony naczyniowej najwięcej przyczynili się Michel i Haab.

Pierwszy przypadek samotnych skupionych gruzełków w naczyniówce opisał Graefe u świni[5]). Na twardówce znajdowała się wypukłość. Wypełniał ją guz, który nadto znacznie wdawał się do istoty samej gałki. Naczyniówki w obrębie guza wcale nie było, siatkówka była oderwana. Budowa guza nie pozostawiała żadnej wątpliwości co do gruźliczej treści jego.

W pracy niniejszej uwzględnimy li tylko te postacie gruźlicy naczyniówki, w których sprawa powstawała wyraźnie w postaci guza.

Przypadek I. U człowieka pierwszy przypadek samotnego gruzełka gruźliczego w naczyniówce opisał Manfredi[6]). U młodej dziewczyny w lewem oku objawy zapalenia tęczówki i ciała rzęskowego. Wkrótce pomiędzy brzegiem wewnętrznym rogówki a równikiem powstał żółtawy guz. Naczyniówka cała była zgrubiałą, wskutek skupienia węzełków gruźliczych, z których jeden był znacznie większy i serowaty. W jednem miejscu węzeł przedziurawił twardówkę i znajdował się pod spojówką. W siatkówce również znajdowały się węzełki z komórkami olbrzymiemi. Chora cierpiała nadto na suchoty płucne.

Przypadek II. [Weiss][7]). U 27letniego i zdrowego mężczyzny powstało bolesne zapalenie lewego oka. Rogówka była nieco zaćmioną, w obrębie źrenicy nieznaczny wysięk, granice tarczy niewidoczne, żyły siatkówki bardzo grube, sama siatkówka odczepiona. Po 4ech dniach spostrzegania chory zmarł przy objawach zapalenia opon mózgowych. Sekcya wykazała gruźlicze zapalenie opon. Przy badaniu gałki, obok wewnętrznego brzegu tarczy znaleziono guz barwy szarawożółtej, o 3 mm wystający ku wewnątrz, brzeg zaś jego posunięty był ku obwodowi o 8 mm. Guz składał się z kilku drobniejszych węzłów,

w środku których spostrzegano zwyrodnienie serowate. W wielu miejscach znajdowały się komórki olbrzymie. W nerwie wzrokowym, w siatkówce i w przyległych do guza częściach naczyniówki spostrzegano nacieczenie drobnokomórkowe. Cierpienie powstało na tle ogólnem.

Przypadek III. [H a a b] [8]). U ośmioletniego wycieńczonego dziecka na spojówce lewej gałki ku górze i ku zewnątrz od rogówki spostrzeżono rozrost barwy czerwonoszarawej, o powierzchni nierównej, na której znajdowały się szarawobiałe wyniosłości; w części obwodowej — owrzodzenie. W obwodowej części naczyniówki, w odległości 6 średnic tarczy od nerwu, wziernik wykrył obecność płaskiego guza, na który składały się blade szaraworóżowe węzełki. Brzegi tarczy były niewyraźne, siatkówka odczepiona. Wkrótce wystąpiły objawy guza móżdżku. Chory zmarł w 5 tygodni po pierwszych oględzinach. Sekcya wykazała dawne zapalenie otrzewnej. W móżdżku znaleziono 2 gruzełki, uległe zwyrodnieniu serowatemu. Badanie gałki wykazało nowotwory na zewnętrznej i wewnętrznej powierzchni ściany jej, połączone ze sobą przez otwór, w twardówce powstały. Piewszy był zserowaciały. Część śródoczna składała się z dwóch części, przedzielonych przez błonę sprężystą naczyniówki. Pierwszą, zewnętrzną, stanowiło skupienie węzełków gruźliczych z komórkami olbrzymiemi i martwicą w środku. Tkanka ta przez mały otwór w błonie sprężystej łączyła się z tkanką wewnętrzną, która nie miała typowej budowy gruźliczej, miejscami była zrośnięta z siatkówką, w której pierwocin nerwowych już nie było.

Przypadek IV. [M a n z] [9]). U 8letniego chłopca, po przebytej odrze, spostrzeżono utrudnione chodzenie i tężec tylny. Wzrok zupełnie stracony. Obok tarczy w lewem oku dwa guzy o powierzchni dość równej. Śmierć po upływie 5ciu tygodni. Zmiany gruźlicze były we wszystkich prawie narządach. Przy badaniu gałki, twardówka była bardzo zgrubiałą, nie odgraniczała się od naczyniówki, w której zupełnie prawie brakowało barwika. Przeważały komórki epiteloidalne. Błona sprężysta dzieliła nowotwór na dwie części, lecz były w niej małe otwory.

Nieliczne węzełki znajdowały się tylko w części wewnętrznej, bardziej liczne były one w położonym w pobliżu opisanego mniejszym guzie. Siatkówka w obrębie guza była zwyrodniałą. O stanie nerwu wzrokowego i opon jego nie znajdujemy wzmianki.

Przypadek V. [Hirschberg][10]). U 13letniego chłopca, przy wyraźnych objawach guza mózgowego, obok tarcz znaleziono guzy. Innych zmian w gałkach nie było. Po 3ech miesiącach chory zmarł przy objawach gruźlicy płuc. Sekcyi nie dokonano.

Przypadek VI. [Hosch][11]). U 17letniego chorego, z porażeniem kolana, guz zajmował większą część gałki i przedziurawił twardówkę. Był to typowy utwór gruźliczy.

Przypadek VII. [Haab][12]). U 13letniej skrofulicznej dziewczyny (w 4 lata później zmarłej na gruźlicę płuc), po poprzedniem zapaleniu tęczówki, w 4 tygodnie wydatność w twardówce w okolicy równika; ucisk zwiększony, odblask żółty. Po wyłuszczeniu gałki znaleziono obszerny guz gruźliczy w dolnej połowie naczyniówki (prątki gruźlicze).

Przypadek VIII. [Schaefer][13]). U 22letniego zdrowego żołnierza, obok brzegu zewnętrznego rogówki, 2 wyniosłości, u wierzchołka żółtawe, rogówka zaćmiona, hypopyon. Po rozcięciu pokazała się ropa, następnie przez otwory wyrosła tkanka ziarninowa. Po wyłuszczeniu gałki przekonano się, że nadgałkowa tkanka ziarninowa przez otwór w twardówce łączyła się z nowotworem, który powstał w gałce z przedniej części naczyniówki i zajął również ciało rzęskowe i tęczówkę. W rogówce liczne drobne komórki tworzyły niekiedy węzełki (gruzełki), a w nich znajdowano komórki olbrzymie i epiteloidalne. Sam guz stanowiło zbiorowisko gruzełków z komórkami olbrzymiemi i epiteloidalnemi; w wielu miejscach zwyrodnienie serowate. Z naczyniówki pozostała tylko błona sprężysta. Z zupełnie zwyrodniałej gruźliczo tęczówki, tkanka przetarła torebkę soczewki i zajęła części jej istoty. Po obu stronach miejsca przetarcia pod torebką powstała zaćma torebkowa. W wyrostkach rzęskowych okrągłe węzełki, w ciele rzęsko-

wem nacieczenie drobnokomórkowe. Siatkówka była odczepioną tylko ku tyłowi od guza. W niej i w tylnej połowie naczyniówki miało miejsce tylko nacieczenie drobnokomórkowe.

Przypadek IX. [Neese][14]. U 38letniego mężczyzny, po silnych bólach, nastąpiło zaćmienie ciała szklistego. Przypuszczano przymiot i poddano chorego leczeniu. Wzrok wkrótce był zupełnie stracony i bolesną gałkę wyłuszczono. W nosowej części oka, na pograniczu ciała rzęskowego i naczyniówki, znaleziono guz, wyraźnie odgraniczony od twardówki. W środkowej, żółtawej części guza, miało miejsce zwyrodnienie serowate, ku obwodowi pośród tkanki siatkowatej znajdowały się okrągłe i epiteloidalne komórki, które w niektórych miejscach tworzyły węzełki z wielką ilością w środku komórek olbrzymich. Węzełki takie znajdował również w przeciwległej części ciała rzęskowego i w wielu miejscach w siatkówce i w naczyniówce. W twardówce znalazł tylko nacieczenie drobnokomórkowe. O stanie nerwu wzrokowego i opon jego nie mówi.

Przypadek X. [Schöbl][15]. U 36letniej kobiety, w okolicy plamy żółtej, przy zwiększonym ucisku śródocznym, w ciągu 3ech miesięcy powstał guz, długi od brzegu tarczy do równika, nierówny, wydatny tylko o 1 mm, który składał się z licznych drobnych gruzełków i jednego większego, uległego zwyrodnieniu. Zwyrodnienie to miało miejsce również w mniejszych gruzełkach. Liczne komórki olbrzymie i epiteloidalne. W siatkówce, mianowicie w warstwach jej wewnętrznych, znalazł zupełnie samotne, bardzo drobne gruzełki prosowate. Po roku niespełna chora zmarła na suchoty płucne.

Przypadek XI. [Wagenmann][16]. U 62letniego mężczyzny (żona cierpiała na gruźlicę), po upływie 51 roku, po uszkodzeniu urazowem lewego oka, powstały w niem silne bóle i krwotoki śródoczne; ucisk zwiększony. Operacya sztucznej źrenicy ulgi nie przyniosła, wyłuszczono więc gałkę. Już trzeciego dnia po operacyi spostrzeżono obrzęk w okolicy ściany wewnętrznej oczodołu, który po 4ech tygodniach doszedł wielkości orzecha. Przypuszczając mięsaka i nawrót tegoż, dokonano wypatroszenia zawartości oczodołu. W tkance jego znaleziono je-

dnakże tylko węzełki o typowej budowie gruźliczej — komórki olbrzymie i zwyrodnienie serowate; obecność prątków. Siatkówka była zupełnie odczepioną; w wewnętrznej połowie gałki znajdował się guz, szeroką mający podstawę, który zajmował tarczę, dochodził do siatkówki i był z nią zrośnięty. O 1 ctm ku tyłowi od ciała rzęskowego naczyniówka przechodziła w guz i później była już niewidoczną. Budowa guza: w części obwodowej komórki okrągłe, w środku zwyrodnienie serowate; komórki olbrzymie nieliczne. W oponach nerwu wzrokowego nieznaczne nacieczenie. Twardówka częściowo wciągniętą była do sprawy. Nacieczenie kierowało się dalej wzdłuż naczyń rzęskowych, pośród niego zaś znajdowały się typowe gruzełki. Tą drogą sprawa przeszła na pozagałkową tkankę oczodołową.

Przypadek XII. [Liebrecht][17]). U $1^1/_2$letniej zdrowej i ze zdrowej rodziny pochodzącej dziewczynki, skóra dolnej lewej powieki była obrzękłą i czerwoną, spojówka również, nadto miały miejsce zapalenie tęczówki i oderwanie siatkówki. Gałkę zbadano dopiero w 12 lat po wyłuszczeniu. Guz zajmował przeważnie skroniową połowę gałki, od ciała rzęskowego prawie do samego nerwu. Twardówka była wciągniętą do sprawy, naczyniówka w obrębie guza niewidoczną. W ciele rzęskowem znajdował się samotny gruzełek. Guz składał się z węzełków, w środku zserowaciałych, dalej znajdowały się olbrzymie komórki, następnie epiteloidalne. Znaleziono prątki. Twardówka była przedziurawioną w stronie skroniowej. W 10 lat później były wyraźne suchoty płucne.

Przypadek XIII. [Jung][18]). U 3letniej dziewczynki przed 3ema miesiącami silne zapalenie, gałka miękka, przyczepiny tylne, odblask w źrenicy. Przy wyłuszczeniu gałki spostrzeżono zgrubienie nerwu i wypadło dokonać wypatroszenia oczodołu. W 7 miesięcy potem dziecię zmarło na suchoty. W nosowej połowie tylna część naczyniówki wraz z tarczą były przeistoczone w guz wysokości 10 mm. Zupełnie odczepiona i ułożona w zmarszczki siatkówka była zrośnięta z guzem i naczyniówka zgrubiałą. W obrębie rąbka pod przybłonkiem znajdował się gruzełek. Gruzełki znajdowały się również obok brzegu rzęsko-

wego tęczówki i w istocie jej pośród nacieczenia drobnokomórkowego i były nawet zserowaciałe. Tylną powierzchnię tęczówki i źrenicę pokrywała tkanka łączna, obfita w komórki barwikowe. W ciele rzęskowem i w wyrostkach nacieczenie drobnokomórkowe; za wyrostkami dwa wyraźne gruzełki. Część wyrostków rzęskowych zupełnie zastępowała tkanka gruźlicza, często zupełnie zserowaciała. Przybłonek barwikowy i warstwa sprężysta były tu przerwane i tkanka gruźlicza wstępowała do ciała szklistego. W zgrubiałej naczyniówce znajdowały się typowe gruzełki, często zserowaciałe. Sam guz składał się z okrągłych epiteloidalnych i bardzo licznych olbrzymich komórek, często barwik zawierających; w wielu miejscach spostrzeżono zwyrodnienie serowate, znaleziono bardzo liczne prątki. W tkance gruźliczej, położonej w przedniej części ciała szklistego, znajdowano komórki olbrzymie, nie było tu jednak sprawy serowatej. Odczepiona siatkówka była zmartwiałą, naczynia zupełnie zwyrodniałe. Przybłonek barwikowy również nie był widoczny. Nerw wzrokowy miał grubości 5 mm, zgrubieniu uległy mianowicie pochewki. W zanikłej tkance nerwu znajdowały się drobne typowe gruzełki, jak również w twardówkowej, pajęczej i naczyniowej pochewce, w tej ostatniej były nawet zserowaciałe. W twardówce znalazł tylko nacieczenie drobnokomórkowe.

Przypadek XIV. [Haab][19]). U 54letniego osobnika, cierpiącego na suchoty płucne, powstały w oku silne objawy zapalne. Guz 3—3,5 mm szeroki, a złożony z gruzełków, z których kilka wstępowało do pochewki nerwu wzrokowego. Siatkówka nie uległa cierpieniu.

Przypadek XV. [Pröbsting][20]). U 42letniego mężczyzny, który cierpiał poprzednio na zapalenie stawu kolanowego, w oku powstało zapalenie. Przyczepiny tylne, odblask, potem 2 guzy w przedniej części oka. Ucisk zmniejszony. Twardówka później pękła. Guz gruźliczy pochodził od naczyniówki i składał się przeważnie z drobnych komórek; olbrzymich było mało.

Przypadek XVI. [Gutmann][21]). Ojciec 6ciomiesięcznego dziecka cierpiał na gruźlicę, samo dziecię na toczeń prosowaty

i wrzód typowy na prawej szczęce. W prawem oku była gruźlica tęczówki, w lewem na dnie oka ku zewnątrz guz 5 mm wielkości. Wkrótce powstał drugi guz — ku wewnątrz i ku górze. Dziecię niebawem zmarło.' Oba guzy łączyły się ze sobą. Stanowiły je okrągłe komórki i nieliczne olbrzymie. Siatkówka była odczepioną, w nerwie wzrokowym miało miejsce nacieczenie drobnokomórkowe.

Przypadek XVII. [De Bernardinis][22]). W ciągu 4ech miesięcy, u osobnika bardzo podejrzanego pod względem gruźlicy i przy objawach jaskry, z wysadzeniem nadto gałki, powstał guz, który przedziurawił twardówkę. Pochodził od naczyniówki w stronie równika, budowę miał typowo gruźliczą, następnie przeszedł na twardówkę i bardzo daleko na nerw wzrokowy.

Przypadek XVIII. [Tuyl][23]). Dziecię 7letnie; w rodzinie gruźlicy nie było, na plecach przetoka. W tęczówce liczne tylne przyczepiny. W górnej części twardówki guz nierówny, pokryty punkcikami. Ciało szkliste zaćmione, w górnej części źrenicy żółtawy odblask. Dokonane rozcięcie guza wykazało zwyrodnienie serowate w przedniej części jego, w tylnej typową tkankę gruźliczą. Następnie guz nadgałkowy stopniowo zmniejszał się, śródgałkowy zwiększał. Gałki nie wyłuszczono.

Przypadek XIX. [Kunz][24]). U 5letniego chłopca gruczoły szyjne obrzękłe, — wrzód na piersiach. Wzrok w lewem oku stracony; gałka zwiększona i wysadzona. Najbardziej była wydatną w stronie skroniowej, ku górze; powierzchnia była tu nierówną. Przyczepiny tylne, soczewka zaćmiona. Dokonano wypatroszenia oczodołu. Tylne $^2/_3$ gałki i nerw wzrokowy otaczała tkanka, której grubość dosięgała 13 mm. Naczyniówka cała była zgrubiała. wypełniona węzełkami o typowej budowie gruźliczej. Takie same węzełki znajdowały się również w twardówce, pomiędzy jej warstwami wewnętrzną a zewnętrzną. Węzełki zawierały liczne komórki olbrzymie i spostrzegać się w nich dawało zwyrodnienie serowate. Niektóre gruzełki przedziurawiały pochewki nerwu wzrokowego i znajdowały się bezpośrednio na nerwie. Stwierdzono obecność prątków. Warstwa

przybłonka barwikowego wszędzie była przechowaną. Siatkówka zupełnie odczepiona, lecz ani w niej ani też w żadnej innej części oka zmian swoistych nie było. W tęczówce, ciele rzęskowem i nerwie wzrokowym miało miejsce nacieczenie drobnokomórkowe.

Przypadek XX. [Emanuel][25]). U $5^1/_2$letniego zdrowego chłopca w prawem oku odczepienie siatkówki i guz w tylnej i zewnętrznej części ciała szklistego. $V = 0$. Po wyłuszczeniu gałki strzałowa średnica guza położonego w okolicy bieguna tylnego = 11 mm, poprzeczna 12 mm: przyciskał on nerw wzrokowy, odsuwając ku tyłowi, rozciągał twardówkę i przechodził bezpośrednio w zgrubiałą i nacieczoną naczyniówkę. Guz składał się z komórek okrągłych i wrzecionowatych, dość liczne były komórki olbrzymie; w środku był zserowaciały. Szeregi komórek wstępowały do cienkiej bardzo twardówki. Przybłonek barwikowy wszędzie był widoczny, prócz wierzchołka guza. W siatkówce miało miejsce zgrubienie naczyń; w obrębie zrośnięcia z powierzchnią guza była ona zupełnie zmartwiałą. W przegródkach i pochewkach nerwu wzrokowego nacieczenie drobnokomórkowe. W ciele szklistem i w przednich częściach oka zmian żadnych prawie nie było.

Przypadek XXI. [Emanuel][26]). U 10letniego chłopca, w okolicy bieguna tylnego, znajdował się guz o nierównej powierzchni, wielkości 6 średnic tarczy, wysokość jego 4 D; $V = 0$. Po wyłuszczeniu gałki stwierdzono, że guz — utwór gruźliczy — znajdował się w samej istocie zgrubiałej i wydatnej ku tyłowi twardówki; dokoła miało miejsce nacieczenie drobnokomórkowe. Średnica strzałowa guza = 6 mm, poprzeczna 9 mm. Wydatność miała miejsce również ku wewnątrz. Istotę stanowiła tkanka drobnokomórkowa z rozrzuconemi komórkami olbrzymiemi, w środku zserowaciała. Naczyniówka i siatkówka były zrośnięte z guzem; w pierwszej miało miejsce nacieczenie drobnokomórkowe. Przednia część oka była zupełnie prawidłowa.

Przypadek XXII. [Salomon][27]). 20letnia dziewczyna od 4ech dni zaniewidziała na lewe oko. Suchoty płucne. Tarczę

pokrywał guz wydatny, rozpoczynający się w części nosowej, ku tyłowi od równika. Po wyłuszczeniu gałki najdłuższa średnica guza wynosiła 10 mm, wydatność ku przodowi 5 mm; powstał on w naczyniówce. Przybłonek barwikowy był przerwany tylko w okolicy tarczy, gdzie guz wstępował do siatkówki. Składał się on z jednego większego i kilku drobniejszych węzłów; w środku guza zserowacenie. Na tarczy znajdował się drobny guz, od którego nacieczenie drobnokomórkowe posuwało się głębiej błony sitowatej do istoty nerwu wzrokowego. Wyrostek guza przedziurawiał błonę sitowatą i wchodził do pochewki nerwu. W twardówce w okolicy guza miało miejsce tylko nacieczenie drobnokomórkowe.

Przypadek XXIII. [Zur Nedden][28]. U 16letniej dziewczyny przed 5ciu miesiącami powstało bardzo silne zapalenie prawego oka. Rogówka zaćmiona; na dnie komory ku dołowi żółtawy, $1^1/_2$ mm wielki, unaczyniony wysięk. Tylne przyczepiny. W ciele szklistem żółtawy wysięk ku dołowi, zrośnięty z siatkówką. Wkrótce powstała wydatność w twardówce ku górze i ku zewnątrz i gałkę wyłuszczono. Odpowiednio wydatności, w gałce znajdował się guz — od rąbka do samego nerwu wzrokowego. Budowa jego: komórki okrągłe, epiteloidalne, miejscami olbrzymie, w środku obszerne zmartwienie. W okolicy równika naczyniówka była zupełnie zwyrodniałą, lecz i w innych jej częściach miało miejsce nacieczenie drobnokomórkowe, miejscami drobne gruzełki, nawet z komórkami olbrzymiemi. Znaczne nacieczenie drobnokomórkowe miało miejsce również w ciele rzęskowem, w tęczówce i w nerwie wzrokowym. W siatkówce w miejscu zrośnięcia słabo wyróżniały się tylko warstwy wewnętrzne, inne zaś były przeistoczone w ziarninową tkankę gruźliczą. W ciele szklistem nacieczenie w okolicy guza, w rogówce bardzo słabe. Innych objawów gruźlicy nie było.

Przypadek XXIV. U 5letniej dziewczynki zapalenie od $5^1/_2$ miesięcy; gałka zwiększona i wysadzona. Żadnych objawów ogólnych. Komora przednia płytka, przestwór Fontany zatkany, gałka twarda. Przy oświetleniu bocznem białawy odblask w obrębie źrenicy, $V = 0$. Ku tyłowi wydatność jej powierz-

chni, wynosząca 15 mm i obejmująca nerw wzrokowy. Naczyniówka w obrębie guza niewidoczna, gdzieindziej obficie nacieczona. Guz składał się z tkanki ziarninowej, w środku zupełnie zmartwiałej, ku obwodowi odróżnić w niej można było gruzełki (komórki w nich okrągłe, epiteloidalne i olbrzymie). Twardówka zupełnie była wciągniętą do sprawy i w niektórych miejscach blizką była przedziurawienia; tkanka gruźlicza również bardzo znacznie zagłębiała się do istoty nerwu wzrokowego, a w miejscu tem najwięcej było komórek olbrzymich. W siatkówce, w miejscu zrośnięcia z guzem, odróżnić można było tylko warstwy wewnętrzne, w zewnętrznych zaś znaleziono bardzo obfite nacieczenie drobnokomórkowe. Naczyń w guzie wcale nie było. W ciele rzęskowem, tęczówce i cieczy wodnej — obfite nacieczenie drobnokomórkowe.

Przypadek XXV. (Własne spostrzeżenie). M. W., 10letnia. Przed 5ciu laty w lewem oku bez widocznej przyczyny powstało bardzo silne zapalenie, które trwało około roku, poczem chora zupełnie na to oko zaniewidziała. Źrenica stała się niewidoczną, lecz stan zapalny zupełnie ustąpił. Przed trzema miesiącami znów powstało bardzo silne zapalenie.

2/VI 1897. Prawe oko zupełnie zdrowe. W lewem oku powieki bardzo obrzękłe, spojówka gałki bardzo nastrzyknięta, obfity łzotok. Rogówka powierzchownie zaćmiona. Tęczówka straciła barwę; nie tylko rysunek przedniej jej powierzchni, lecz nawet źrenica zupełnie niewidoczne z powodu, że zakrywała je powłoka szarawa; komora przednia płytka, T + 2, $V = 0$. Przy oświetleniu bocznem przez twardówkę w głębi oka niewyraźny żółtoszarawy odblask. Ruchy gałki swobodne. Od 2óch tygodni dziecię nie sypia z powodu nadzwyczaj silnych bólów głowy dokoła oka.

Bardzo ostra postać objawów zapalnych, bardzo znacznie podniesiony ucisk śródoczny, wreszcie odblask z głębi oka pochodzący przemawiały raczej za guzem śródocznym, niż za jaskrą wtórną, spowodowaną zarostem źrenicy. Dla określenia charakteru guza brakło wszelkich danych, nic zaś zgoła nie

zdradzało sprawy gruźliczej w ustroju. Brakło też wszelkich wskazówek co do dziedziczności.

4/VI 1897 dokonałem wyłuszczenia gałki i gojenie odbyło się zupełnie prawidłowo. Gałkę, przechowaną w płynie Müller'a, poddałem badaniu w styczniu r. b.

Gałkę rozciąłem w kierunku poziomym, znacznie wyżej wielkiego południka, poczem zalałem ją do celoidyny. Na cięciach, w okolicy nerwu wzrokowego dokonanych, widocznem było, że sprawa chorobowa powstała początkowo w naczyniówce, w postaci guza ograniczonego, którego podstawa wynosiła 8 mm. W kierunku nosowym guz nie o wiele przechodził za tarczę nerwu wzrokowego, przeważnie zaś był położony w stronie skroniowej gałki.

Zmiany w częściach poszczególnych gałki były następujące. W przybłonku rogówki żadnych zmian wybitnych nie było. W warstwie jej właściwej miało miejsce rozluźnienie blaszek, znajdowały się w niej niezbyt liczne naczynia krwionośne, nadto nie tylko w powierzchownych, lecz również i przeważnie nawet w warstwach głębokich. W przedniej części twardówki spostrzegłem tylko większą ilość komórek w obu pierścieniach granicznych. Przewód Schlemm'a zupełnie dobrze przechowany, w przestworze Fontany rozrost komórek śródbłonkowych. Tęczówka zgrubiała, komórek podścieliska wcale prawie w niej nie było, błona dodatkowa naczyń bardzo zgrubiała. Prócz dobrze przechowanego zwieracza, pozostałą resztę istoty tęczówki stanowi zwyczajna tkanka łączna. Na przedniej powierzchni tęczówki, w części jej obwodowej, znajduje się błona, grubości często prawie 1 mm. składajaca się z grubych bardzo, niezupełnie prawidłowych beleczek tkanki łącznej, ułożonych obok i równolegle do siebie, pomiędzy niemi zaś znajdują się bardzo prawidłowo ułożone, płaskie komórki śródbłonkowe, które bardzo przypominają komórki śródbłonka przedniej powierzchni tęczówki. Być może, iż beleczki owe stanowiły wytwór śródbłonka przedniej powierzchni tęczówki, na wytwórczą działalność którego już poprzednio zwróciłem uwagę [29]). Bliżej ku pierścieniowi źrenicznemu warstwa beleczek stopniowo

przechodziła w cieńszą już znacznie warstwę włóknistą tkanki łącznej, która posiadała dość liczne naczynia krwionośne. Obok brzegu źrenicznego warstwa ta dzieliła się na dwie; z tych jedna zupełnie zaciągała źrenicę i wszędzie była zrośniętą z przednią torebką soczewki, druga zaś, otaczająca blaszkę jagodówkową i będąca z nią zrośniętą wszędzie na tylnej powierzchni tęczówki, dochodziła do samego brzegu jej rzęskowego.

Pomiędzy włóknami soczewki widoczne były próżnie. W okolicy równika jądra bardzo były liczne, przybłonek zaś soczewkowy był widoczny wzdłuż całej tylnej torebki.

W ciele rzęskowem mięsień nastawczy zupełnie dobrze był przechowany. Wzdłuż boku jego wewnętrznego, pomiędzy nim a warstwą jagodówkową, miało miejsce obfite nacieczenie drobnokomórkowe. Komórki stąd powstałe przerywały często warstwę jagodówkową i przechodziły na powierzchnię jej wewnętrzną. W okolicy wierzchołków wyrostków rzęskowych powstawała błona z włóknistej tkanki łącznej, która udawała się ku tylnej powierzchni soczewki. Dalej ku tyłowi pierwociny, które występywały z wyrostków rzęskowych na wewnętrzną powierzchnię jagodówki, tworzyły dość znaczne gniazda tkanki drobnokomórkowej. Pierwociny warstwy jagodówkowej znacznie mniej zawierały barwika. One, jakoteż pierwociny części rzęskowej siatkówki, ulegały bujaniu i następnie łączyły się z komórkami, które już z tkanki wyrostków pochodziły. W gniazdach, o których wspomniałem wyżej, znajdowały się węzełki o budowie odrębnej. Obwodową część ich tworzyły komórki okrągłe, w środku znajdowały się komórki epiteloidalne, niekiedy komórki olbrzymie, czyli mieliśmy bardzo drobne utwory gruźlicze. W tylnej części obwódki rzęskowej *(orbiculus)* i w przedniej części właściwej naczyniówki dawał się spostrzegać nadzwyczajny rozrost komórek jagodówkowych — przybierały one postać długą, zawierały bardzo mało barwika, tworzyły znane, przypominające gruczoły rozrosty rozgałęzione i następnie, znowuż przy udziale pierwocin, które występywały z samego ciała rzęskowego i wytwarzały włóknistą tkankę łączną, tworzyły na cięciu jakby dwie

blaszki, z których jedna kierowała się ku tyłowi, przechodząc w warstwę zewnętrzną siatkówki, druga, o wiele więcej obfitująca w pierwociny włókniste, nadto w naczynia, które pochodziły od naczyń ciała rzęskowego, więc znacznie grubsza od poprzedniej, udawała się ku wewnątrz, w kierunku ku tylnej torebce soczewki, łącząc się tu z błoną, powstałą z okolicy wyrostków rzęskowych. Poprzednio jednak blaszka przerywała zupełnie dokoła siatkówkę w przedniej jej części, która to część była zupełnie oderwaną, wraz z częścią rzęskową siatkówki, i tworzyła z obu stron na cięciu trójkąty pomiędzy dwiema blaszkami położone. Siatkówka zatem składała się z dwóch jakby części: znacznie mniejszej i zupełnie oderwanej przedniej i znacznie większej tylnej części. W środku obie błony włókniste, pomiędzy któremi znajdowała się przednia część siatkówki, łączyła luźna tkanka łączna. We wspomnianej przedniej części oderwanej siatkówki pierwociny części rzęskowej były bardzo wydłużone, w przyległej zaś części właściwej siatkówki mieliśmy tylko zwyczajną siatkowatą tkankę łączną.

W tylnej części gałki cały środek jej, odpowiadający najzupełniej ciału szklistemu, stanowiła istota bardzo drobnoziarnkowata, wcale prawie nie barwiąca się, w której w bardzo niewielu zaledwie miejscach dostrzedz można było resztki źle zachowanych naczyń, niekiedy zwapniałych. Dokoła otaczała ją warstwa drobnych komórek, które z powierzchni wchodziły nawet do istoty tej masy zserowaciałej. Prócz przedniej powierzchni, która graniczyła ze wspomnianą błoną, przerywającą siatkówkę, dokoła zewsząd otaczała ją siatkówka, która częściowo przechodziła nawet na przednią powierzchnię. Była ona bardzo zgrubiałą, poprzednich warstw jej ani też pierwocin zgoła niepodobna było odróżnić. W warstwie zewnętrznej pośród włóknistej tkanki łącznej, widoczne były komórki podługowate lub wrzecionowate, zawierające nieznaczną ilość barwika, które, jak wyżej powiedziałem, pochodziły od warstwy jagodówkowej, z okolicy obrączki rzęskowej i w części z najbardziej ku przodowi położonych okolic właściwej naczyniówki; komórki te często tworzyły jakby rurki. Taką budowę ze-

wnętrzna warstwa siatkówki miała wszędzie, do samej podstawy guza naczyniówkowego. Zawsze znajdowała się ona w połączeniu z naczyniówką. Przybłonek barwikowy był wszędzie zupełnie dobrze zachowany, również błona sprężysta i warstwy włosowata i naczyń grubszych. Przestwór nadnaczyniówkowy w przedniej części bardzo był szeroki, a to z powodu, iż błona rzekoma odciągała naczyniówkę ku środkowi gałki. W części naczyniówki najbardziej ku przodowi posuniętej, jakoteż w części, która bezpośrednio do guza przytykała, miało miejsce dość znaczne zgrubienie naczyniówki, spowodowane przez nacieczenie drobnokomórkowe. W samej naczyniówce jednakże znalazłem jeden tylko gruzełek samotny w pobliżu guza i nie więcej nad 2 lub 3 bardzo drobne gruzełki w błonie nadnaczyniówkowej, w okolicy znacznie od guza oddalonej. Prócz komórek limfoidalnych i epiteloidalnych, zawsze znajdowały się w nich komórki olbrzymie.

Guz, jak wspomniałem już, znajdował się w okolicy tylnego bieguna gałki. Brzeg nosowy podstawy jego położony był nieco ku wewnątrz od brzegu nosowego tarczy, przeważnie zaś zajmowała ona okolicę skroniową, do nerwu wzrokowego przyległą. Średnica jej wynosiła 8 mm. Guz był wydatny ku przodowi. Część jego najbardziej obwodową na krótkiej bardzo przestrzeni pokrywała naczyniówka, lecz już bardzo prędko znikały stopniowo najpierw przybłonek barwikowy, później błona sprężysta. W istocie guza z błony naczyniówkowej nic zgoła nie pozostawało, nigdzie nawet niepodobna było dostrzedz resztek warstwy przybłonka barwikowego ani też komórek barwikowych podścieliska. Istotę stanowiła tkanka łączna, bardzo obfitująca w komórki. Dość grube pęczki jej dzieliły się i znów łączyły ze sobą, tworząc gęstą sieć, w której były ułożone typowe węzełki gruźlicze, większe lub mniejsze, niekiedy po kilka obok siebie. Obok komórek limfoidalnych i epiteloidalnych, zawsze znajdowały się w nich komórki olbrzymie, jedna lub więcej, bądź w środku, bądź w części obwodowej, z niezliczonemi jądrami obok obwodu ułożonemi. Zupełnie taką samą budowę miała cała tylna część siatkówki.

Tkanka gruźlicza dawała się spostrzegać wszędzie w samej tarczy, bezpośrednio obok błony sitowatej, w środku nawet w samej jej istocie. Błona ta była zresztą zupełnie dobrze przechowaną, lecz całą jej grubość zajmowało obfite nacieczenie drobnokomórkowe.

Lecz nie tylko od siatkówki naczyniówka wcale nie była odgraniczoną; to samo miało miejsce również od strony twardówki. Wewnętrzne warstwy jej stanowczo miały tę samą, co i guz, budowę, z tą chyba różnicą, że przegródki z tkanki łącznej były znacznie grubsze, zawierały bardzo mało komórek, gniazda zaś gruzełków o wiele były większe, lecz natomiast postać miały bardziej płaską. Zupełnie było widocznem, że dokoła tylnych krótkich tętnic rzęskowych i nerwów znajdowały się dość grube całkowite pochewki z komórek okrągłych, a w nich w wielu miejscach typowe gruzełki. Dalej nacieczenie drobnokomórkowe od owych pochewek kierowało się pomiędzy blaszkami twardówki już nieco głębiej, tworząc jeszcze bardziej płaskie gniazda, w których znajdowały się również gruzełki. Odpowiednie barwienie wykazało w niektórych miejscach obecność prątków gruźliczych. Jednakże już w zewnętrznych warstwach twardówki nie napotykałem nie tylko gruzełków, lecz nawet nie znajdowałem w nich nacieczenia drobnokomórkowego. Bezwarunkowo zatem dalej wewewnętrznych warstw twardówki sprawa zgoła się nie posuwała.

Niektóre gniazda, w warstwie wewnętrznej twardówki położone, posuwały się również do pochewek nerwu wzrokowego, chociaż znajdowałem niekiedy zupełnie samotne drobne gruzełki, położone znacznie głębiej, zarówno w pochewce twardej, jakoteż naczyniowej. W częściach nerwu i pochewek w obrębie otworu twardówkowego położonych znajdowałem nacieczenie drobnokomórkowe, które ku tyłowi występywało coraz mniej wyraźnie. Dokoła naczyń środkowych znajdowała się dość gruba pochewka z komórek limfoidalnych; była ona widoczną przeszło o 1 mm głębiej od błony sitowatej, w istocie zaś jej dawały się spostrzegać typowe drobne gruzełki. Obok

miejsca, w którem nerw wzrokowy był przecięty, zmian już żadnych nie było.

W naszym więc przypadku mieliśmy najpierw przed pięciu laty zapalenie ciała rzęskowego i tęczówki. Na jakiem tle powstało owo zapalenie, orzec trudno. Zmiany jednak w przedniej części oka spostrzeżone, nie upoważniają do przypuszczenia, byśmy i wtedy mogli mieć gruźlicze cierpienie. Sprawa gruźlicza w gałce powstała prawdopodobnie bardzo niedawno, może przed trzema tylko miesiącami i nic chyba wspólnego nie miała z poprzedniem cierpieniem oka. Początkowe ognisko gruźlicze powstało w naczyniówce, następnie sprawa przeszła ku przodowi na siatkówkę i ciało szkliste, ku tyłowi na twardówkę i nerw wzrokowy. Samotne ogniska w naczyniówce i wyrostkach rzęskowych do późniejszych wytworów zaliczyć należy.

Jakkolwiek więc sprawa gruźlicza miała postać wyraźnie odgraniczonego guza w naczyniówce, jednocześnie dawała się ona spostrzegać w innych częściach gałki. Rozpatrzmy się więc, o ile okoliczność ta miała miejsce w innych opisanych dotąd przypadkach.

Najpierw co do samej błony naczyniowej.

Jednoczesne zajęcie w pewnym stopniu całej błony naczyniowej spostrzeżono w dwóch tylko przypadkach, w tych jednak utworów swoistych nie było, lecz tylko nacieczenie drobnokomórkowe. W czterech przypadkach znaleziono typowe gruzełki w tęczówce i w ciele rzęskowem. W naczyniówce właściwej, prócz guza, spostrzeżono w częściach do tegoż przyległych nacieczenie drobnokomórkowe i drobne a nieliczne gruzełki samotne — w ośmiu przypadkach.

W siatkówce nacieczenie komórkowe spostrzegano w 4ech przypadkach, w dwóch zaś w obrębie guza miało miejsce obumarcie siatkówki. W pięciu przypadkach znajdowano w siatkówce typowe gruzełki. Na pytanie, które warstwy siatkówki przeważnie ulegają sprawie, odpowiedzieć nie mogę, gdyż w moim przypadku niepodobna było odróżnić w niej zgoła żadnych warstw i pierwocin. Zmiany spostrzegane były o wiele większe, niż w przypadku rozlanej gruźlicy, opisanym przez Lubowskiego[30]). Bongartz[31]) znajdował gruzełki w siatkówce

wyłącznie prawie w warstwie włókien nerwowych i komórek zwojowych; stanowiły je przeważnie komórki epiteloidalne, olbrzymie były nieliczne. Jakkolwiek Tuyl (*l. c.*) i zur Nedden (*l. c.*, str. 366) zaliczają udział nerwu wzrokowego w sprawie gruźliczej naczyniówki do rzadkich przypadków, jednakże w nerwie wzrokowym i w pochewkach jego nacieczenie drobnokomórkowe miało miejsce w 7miu przypadkach i typowe gruzełki w 5ciu. Zwykle znajdowały się one tylko zupełnie blisko od tarczy, przedziurawiając często pochewki nerwu, i tylko w 3ech przypadkach były położone (17, 24 i 25) daleko głębiej, lecz zawsze pośród tkanki, otaczającej środkowe naczynia nerwu wzrokowego. Co prawda, o wiele częściej i o wiele znaczniejsze zmiany w części oczodołowej nerwu wzrokowego znajdowano w przypadkach gruźlicy mózgu i opon jego. Deutschmann, zastrzykując cząstki tkanki gruźliczej do przestworu podnaczyniówkowego mózgu, znajdował gruzełki w twardówkowej i miękkiej pochewkach nerwu, początkowo nawet w pobliżu otworu twardówkowego. Z 4ech przypadków Kabsch'a[32]), w 2óch gruźlicze zapalenie opon posunęło się stopniowo ku obwodowi, na nieznaczną jednakże przestrzeń; w 2óch innych, przypadkach, przy gruźlicy mózgu, zmiany miały miejsce nie tylko w pochewkach, lecz przeważnie w błonie włosowatej. Przypomnę tu, że Garlick[33]) utrzymywał, że zapalenie nerwu wzrokowego ma miejsce w 80% wszystkich przypadków zapalenia opon mózgowych.

W jednym przypadku znaleziono odosobniony gruzełek w rąbku spojówki, w jednym, również (8) gruzełki w rogówce. W twardówce, w jednym przypadku spostrzeżono zgrubienie jej, w 2óch nacieczenie drobnokomórkowe, w 8iu swoistą sprawę gruźliczą, wreszcie w jednym przypadku guz mieścił się li tylko w twardówce. Dodać tu wypada, że znacznie dawniej Koehler[34]) opisał dwa przypadki pierwotnej gruźlicy twardówki.

Co się tyczy ciała szklistego, to zaćmienie w niem za pomocą wziernika spostrzegano w 2óch tylko przypadkach. Zmiany anatomiczne znaleziono tylko w 2óch (13 i 25). W pierwszym tkanka gruźlicza wstępowała do ciała szklistego z wyrostków

rzęskowych, w drugim miejsce ciała szklistego zastępowało zupełnie gniazdo serowate. Wreszcie przedziurawienie twardówki z rozwojem nowotworu w tkankach gałkę otaczających spostrzegano w 3ech przypadkach. W moim przypadku widocznem było, że tkanka gruźlicza wzdłuż tylnych krótkich tętnic rzęskowych i nerwów zmierzała coraz głębiej ku tkance oczodołowej, lecz nie zdążyła jeszcze przekroczyć ścian twardówki.

Widzimy więc, że w przypadkach guzów gruźliczych naczyniówki części otaczające gałki bardzo często bywają wciągnięte do sprawy — o wiele częściej, niż w przypadkach właściwych nowotworów tej błony.

Przytoczyłem tu przypadki, dla których w dostępnej dla mnie literaturze znalazłem dokładniejsze dane; inne przypadki, co prawda bardzo nieliczne, pominąłem. W każdym razie mamy obecnie co najmniej 25 dokładnie opisanych przypadków guzów gruźliczych naczyniówki. W 24ech gruźliczą istotę stwierdziło badanie anatomiczne. W jednym przypadku (21) sprawa umiejscowioną była w twardówce, lecz obraz kliniczny był zupełnie taki, jak przy guzie naczyniówki.

W ustroju w wielu przypadkach na razie nie znajdowano żadnych zgoła zmian gruźliczych w innych narządach. Zdawaćby się zatem mogło, że prątki gruźlicze weszły do ustroju, nie pozostawiając w miejscach wejścia żadnych zgoła śladów, bujać zaś zaczęły dopiero w pewnej części naczyniówki, wywołując powstawanie w niej guza. Okoliczność ta upoważniała poniekąd do przyznania w samotnym gruzełku naczyniówki sprawy zupełnie miejscowej. Jednak już dawniej L i e b r e c h t (*l. c.*) stanowczo twierdził, że w naczyniówce gruźlica w postaci pierwszej nigdy nie powstaje. Przed dwoma laty S a l o m o n podał tablicę porównawczą ogólnego stanu ustroju, dziedziczności i wreszcie zejścia śmiertelnego. W pracy swej zestawił on tylko 14 przypadków, lecz zestawienie to bynajmniej również nie wypadło na korzyść charakteru miejscowego cierpienia.

Niżej przytoczona tab. stanowi uzupełnienie tab. S a l o m o n a.

Liczba	Autorowie	Gruźlica w innych narządach		Dziedziczność	Zejście	Wiek
		Rozpoznanie kliniczne	Rozpoznanie anatomiczne			
1	Manfredi	gruźlica płuc			śmierć w kilka miesięcy na gruźlicę płuc.	młoda dziewczyna
2	Weiss	zapalenie opon mózgowych	gruźlicze zapalenie opon mózgowych		śmierć po 4 dniach	27
3	Haab	wycieńczenie	poprzednie gruźlicze zapalenie otrzewnej, gruzełki w móżdżku		śmierć po 5 tygodniach	8
4	Manz	objawy utrudnionych ruchów w dolnych kończynach	ogólna gruźlica		śmierć po 5 tygodniach	8
5	Hirschberg	gruźlica płuc			śmierć po 5 tygodniach	13
6	Hosch	gruźlica stawu kolanowego				17
7	Haab	zapalenie tęczówki	gruźlica płuc		śmierć w 4 lata na gruźlicę płuc	13
8	Schaefer					22
9	Neese	przymiot				33
10	Schöbl				śmierć niespełna po roku na gruźlicę płuc	36
11	Wagenmann			żona zmarła na gruźlicę. Jedno z dzieci cierpiało na zapalenie stawu kolanowego		62

12	Liebrecht				śmierć po 10 latach na gruźlicę płuc	$1\frac{1}{2}$
13	Jung	gruźlica płuc			śmierć po 8 miesiącach na gruźlicę płuc	3
14	Haab	gruźlica płuc				54
15	Pröbsting	zapalenie stawu kolanowego				42
16	Gutman	toczeń, chłodny wrzód, obrzęki gruczołów	gruźlica gruczołów oskrzelowych, śledziony, wątroby, nerek, mózgu, jąder	ojciec cierpiał na gruźlicę płuc	śmierć na gruźlicę narządów wewnętrznych	6
17	de Bernardinis	podejrzenie co do gruźlicy				
18	Tuyl	wyleczone zapalenie otrzewnej				7
19	Kunz	wrzód zimny, obrzęk gruczołów				
20	Emanuel					$5\frac{1}{2}$
21	Emanuel					10
22	Salomon •	obustronne cierpienie wierzchołków i jednostronne zapalenie opłucnej		ojciec zmarł na cierpienie płucne		18
23	zur Nedden					16
24	zur Nedden					5
25	Rumszewicz					10

Co do wieku, mamy dane tylko dla 23ech przypadków; z tych do 10ciu lat życia 9 przypadków, od 10—20 — 7, od 20—30 — 2, po 30stym roku 5. Czyli przed 30stym rokiem 69,6%, po 30stym 20,4%. Widzimy dalej, że w 10ciu przypadkach chorzy zmarli później — niekiedy bardzo nieprędko — na gruźlicę innych narządów. Z tych przypadków w 5ciu już za życia spostrzegano sprawę gruźliczą w innych narządach. W 5ciu innych wyraźnych objawów za życia nie było, lecz powodem śmierci była gruźlica. W 7iu innych przypadkach, dla których zejście pozostało niewiadomem, spostrzegano również sprawę gruźliczą w innych narządach. W jednym przypadku miała miejsce tylko dziedziczność, w innym żona chorego cierpiała na gruźlicę. Jeżeli dodamy do tego, że dla 26ch przypadków wywiady wcale nie były podane, to oczywiście wypada wniosek, że samotny gruzełek naczyniówki uważać należy jako sprawę bynajmniej nie miejscową, lecz będącą tylko jednym z objawów (na razie może jedynie wybitnym) ogólnego zakażenia ustroju. Ostre, gwałtowne powstanie i szybki rozwój guzów gruźliczych naczyniówki nakazują mniemać, że do gałki prątki wstąpiły odrazu w wielkiej ilości, co znów, rzecz prosta, wtedy tylko mieć może miejsce, jeśli w ustroju samym znajdują się już one w większej ilości, czyli, że już poprzednio sprawa gruźlicza rozwinęła się w jakimbądź innym narządzie.

Rzecz się tu ma zatem zupełnie inaczej, niż z gruźlicą spojówki, dla tej bowiem wykazałem, że przynajmniej w 70% znanych dotąd przypadków [35]) sprawa była najzupełniej miejscową.

W pracy tej wykazałem również, że w rozpoznaniu gruźlicy spojówki niczego nie można przywiązywać do wyglądu klinicznego, który bardzo bywa rozmaity. Natomiast mamy tam często możność wykryć już na powierzchni obecność prątków, dalej wyciąć cząstkę tkanki, zbadać jej budowę i nadto zaszczepić zwierzęciu. Inaczej rzecz się ma z samotnym gruzełkiem naczyniówki, który występować może w postaci podobnej do mięsaka naczyniówki, glejaka siatkówki i wreszcie kilaka.

Tem bardziej zestawić należy objawy kliniczne, w podanych dotąd przypadkach spostrzegane.

Otóż najpierw zwracamy uwagę na zewnętrzne objawy zapalne. Mianowicie w dwóch przypadkach cierpienie występywało początkowo w postaci zapalenia całej błony naczyniowej *(iridochorioiditis);* w 7iu przypadkach spostrzegano tylne przyczepiny tęczówki, w jednym cała gałka była zwiększoną; w 9ciu spostrzegano inne zmiany zapalne zewnętrzne. W 7iu przypadkach spostrzegano w tej lub innej okolicy gałki guz zewnętrzny. Tuyl (*l. c.*) tłómaczy zmiany te w ten sposób, że toksyny bądź rozpływają się w tkankach, bądź przez przestwory limfatyczne dochodzą do przednich części gałki, wywołując zmiany zapalne. Tylko w 7iu przypadkach zmian zewnętrznych zapalnych w gałce wcale nie spostrzegano. Wiemy natomiast, że zarówno przy mięsakach naczyniówki, jakoteż przy glejakach siatkówki objawy zapalne występują dopiero w okresie jaskrowym cierpienia. Dalej zwiększony ucisk śródoczny znaleziono tylko w 6ciu przypadkach, a z tych tylko w trzech (11, 12 i 25) były wyraźne objawy jaskry wtórnej, w 3ech zaś przypadkach ucisk był nawet znacznie zmniejszony.

Co się tyczy zmian wziernikowych, temi nie zawsze możemy się posługiwać, gdyż w bardzo wielu razach środki załamujące bywają zaćmione. Powierzchnia guza jest nierówną, barwa różowobiała, w pobliżu często znajdują się samotne gniazda. O wiele trudniej jest chyba odróżnić guz gruźliczy od kilaka (9).

Wreszcie okres rozwoju cierpienia o wiele jest krótszy, w porównaniu do mięsaka lub glejaka, mianowicie najdłużej trwał 5 miesięcy. Ważnym jest również stosunek do twardówki. Gdy mięsak i glejak przechodzą na twardówkę tylko w najpóźniejszych okresach cierpienia, z 25ciu przypadków guzów gruźliczych naczyniówki twardówka była dotkniętą w 15stu.

Jeśli dodamy do tego, że więcej niż w połowie przypadków (w 13stu) znajdowano bądź zmiany gruźlicze w innych narządach, bądź też stan ogólny budził wielkie podejrzenie co do zakażenia ogólnego gruźliczego, nadto wiek był zawczesny

dla mięsaka lub zapóźny dla glejaka, dojdziemy do wniosku, że dokładna analiza każdego przypadku poszczególnego daje wiele danych do rozpoznania cierpienia.

Jeszcze kilka słów o leczeniu guzów gruźliczych naczyniówki.

Otóż, gdyby w istocie stanowić one mogły pierwotną sprawę gruźliczą, jedynym środkiem i bezwarunkowo pewnym byłoby niezwłoczne wyłuszczenie gałki. Tuyl ze względu na okoliczność, że sprawa gruźlicza w oku, jak i gdzieindziej, również ulegać może przeobrażeniu wstecznemu; że dalsze szerzenie się sprawy wzdłuż nerwów wzrokowych jakoby nadzwyczaj rzadko ma miejsce i że, wkońcu, cierpienie samo do wtórnych należy, uważał wyłuszczenie gałki za wskazane li tylko przy objawach jaskry wtórnej. Jednakże już Salomon zwrócił uwagę na okoliczność, że współudział nerwu wzrokowego do zbyt rzadkich objawów bynajmniej nie należy. Faktycznie jest on objawem bardzo częstym, gdyż z 25ciu przytoczonych wyżej przypadków spostrzegano go w 11, a z tych w 7iu (2, 13, 14, 17, 19, 24 i 25) miało miejsce nietylko nacieczenie drobnokomórkowe, nerwu i pochewek, lecz w nerwie powstawała swoista sprawa gruźlicza, która, szerząc się dalej, łatwo spowodować mogła sprawę gruźliczą w oponach mózgu i w samem mózgowiu.

Dalej obszerne gniazda gruźlicze w naczyniówce niechybnie prowadzą w krótkim czasie do zupełnej utraty wzroku i, przy wzmagających się ciągle cierpieniach chorego, bardzo łatwo przechodzą na twardówkę, powodując przedziurawienie gałki. Pozostawiając więc sprawę własnemu losowi, przysparzamy choremu cierpień i pozwalamy sprawie przejść na części otaczające. Lecz nie dość na tem: przy sprawie gruźliczej bardzo łatwo następuje zwyrodnienie serowate, które niekiedy, jak to miało miejsce w ostatnim przypadku, tworzyć może gniazda bardzo znaczne, fatalny zaś wpływ gniazd takich na cały organizm dostatecznie jest znany. Wobec tych faktów wyłuszczenie gałki stanowić musi jedyny i konieczny środek.

Zur Nedden uważa wyłuszczenie gałki poniekąd za przeciwwskazane, jeśli już nastąpiło przedziurawienie ściany jej. Operacya, zdaniem jego, utorować może nowe drogi dla dalszego szerzenia się sprawy. Z punktu teoretycznego słuszności zdania tego trudno zaprzeczyć, nie zapominajmy jednak. że dotychczas nawrót po wyłuszczeniu gałki spostrzegano li tylko jeden jedyny raz (11) i nadto już trzeciego dnia po operacyi. Oczywiście sprawa już poprzednio przeszła na tkankę oczodołową. Jednakże i w tym nawet przypadku cierpienie radykalnie usunęło (chory znajdował się pod obserwacyą przez 2 lata) wypatroszenie oczodołu.

Literatura.

1. Guéneau de Mussy: Graefe u. Saemisch. Handbuch d. gesammt. Augenheilk. IV, 2, str. 642, wyd. I.
2. Cohnheim: Virchow's Archiv, 39, str. 49.
3. Gradenigo: Ann. d'ocul., t. 64, str. 174.
4. Perls: Arch. f. Ophth. XIX, 1, 1873.
5. Graefe: Arch. f. Ophth. II, str. 225.
6. Manfredi: Ann. di ottalm. III, str. 439, r. 1874.
7. Weiss: Arch. f. Ophth. XXIII. 4, 1877.
8. Haab: Arch. f. Ophth. XXV, 4, 1879.
9. Manz: Klin. Monatsbl., str. 18, 1881.
10. Hirschberg: Neurol. Centralbl., nr 24, 1882.
11. Hosch: Correspondenzbl. f. Schweiz-Aerzte, 15, IV, 1883.
12. Haab: Klin. Monatsbl. 1884, str. 391.
13. Schaefer: Klin. Monatsbl. 1884, str. 391.
14. Neese: Arch. f. Aghk. XVI, str. 267, 1886.
15. Schöbl: Centralbl. f. Aghk., p. 331, 1888.
16. Wagenmann: Arch. f Ophth. XXXIV, 4, 1888.
17. Liebrecht: Arch. f. Ophth. XX, VI, 4, 1890.
18. Jung: Arch. f. Ophth. XXXVII, 4, str. 126, 1891.
19. Haab: Festschr. f. Helmholtz, 1891.
20. Pröbsting: Klin. Monatsbl., str. 321, 1891.
21. Guttmann: Arch. f. Aghk., XXXV, str. 158, 1895.
22. De Bernardinis: Michela Jahresbericht, 1898, str. 353.
23. Tuyl: Klin. Monatsbl., str. 752, 1900.
24. Kunz: Klin. Monatsbl., str. 531, 1901.
25. Emanuel: Klin. Monatsbl., str. 210, 1902
26. — Tamże.

27. Salomon: Ein Beitrag zur solitären Tuberculose der Chorioidea. Diss. Freiburg, 1902.
28. Zur Nedden: Klin. Monatsbl., str. 351, 1903.
29. Rumszewicz: O utworach szklistych w komorze przedniej oka. — Postęp Okul. 1902. Sierpień.
30. Lubowski: Arch. f. Aghk. XXXV, str. 183.
31. Bongartz: Ueber die Ausbreitung tuberculöser Infiltration im Auge.
32. Kabsch: Ueber Scheidenerkrankungen des Sehnerven. 1882.
33. Garlick: Lancet, Juni, 1879.
34. Koehler: Drei Fälle von tuberculösen Granulationsgeschwülsten des Auges. Diss. 1884.
35. Rumszewicz: O gruźlicy spojówki. Postęp Okul. 1903. zeszyt 12.

Wpływ wrażeń psychicznych na powstawanie napadu jaskry.

Podał

BOLESŁAW WICHERKIEWICZ.

Że przestrach, przykra wieść, nagła radość mogą ostry u osób do tego usposobionych napad jaskry wywołać, rzecz aż nazbyt wiadoma, by ją potrzeba przypominać.

Sam znam przypadek, gdzie dramatyczne przedstawienie, dobrze odegrane, wywoływało u jednej z moich pacyentek w teatrze napady glaukomatyczne, uśmierzane środkami, chorej polecanymi.

Przed wielu laty przyprowadzono mi pacyenta, 40letniego, niewidomego, kupca, który, odebrawszy tegoż dnia przy obiedzie wiadomość o niekorzystnym dla siebie zwrocie kursu giełdy zbożowej, na obu oczach dostał napadu piorunującej jaskry *(gl. fulminans)*, wskutek której wśród boleści, połączonych z wymiotami, stracił zupełnie, dobry poprzednio, wzrok. Udało mi się ezeryną i zastrzyknięciem podskórnem morfiny usunąć napad, a wzrok przywrócić. Atoli w dwa tygodnie później napad podobny z innej psychicznej pobudki powrócił, co mnie skłoniło, po opanowaniu go, wykonać ze skutkiem irydektomię dla zabezpieczenia chorego przed przykrymi i niebezpiecznymi na-

padami. Podobnych przykładów mógłbym więcej przytoczyć, gdybym się nie obawiał wobec specyalnych kolegów narazić się na zarzut, iż zanoszę sowy do Aten.

Wiemy, że w tych przypadkach psychicznem wrażeniem spowodowane nagłe rozszerzenie źrenicy zaciska drogi odpływowe gałki, tak samo, jak to czynią środki rozszerzające źrenicę i do napadu jaskry pośrednio w odpowiednich oczach dawają powód.

Mniej może zdajemy sobie sprawę z objawu dość często stwierdzonego, iż osoba, z powodu jaskry operowana na jednem oku, dostaje jaskry na drugiem, dotychczas uchodzącem za zdrowe. Przypisywano tutaj wpływ opasce, która dłużej światła oko pozbawia, a tem samem do rozszerzenia źrenicy przyczynia się, a rzadko tylko wspomina się o wpływie psychicznym operacyi samej na drugie oko.

Że ten może najważniejszą przy tem odgrywa rolę, nigdy nie wątpiłem, ciekawy przypadek atoli, szczegółowo przezemnie spostrzegany, potwierdził mnie w tem przypuszczeniu, — przypadek tem ciekawszy, iż dotyczył on osoby, która wogóle objawów jaskry nie miewała. Z tych to powodów pozwolę go sobie tutaj nieco obszerniej omówić.

W maju r. 1880 zgłosiła się do mnie p. K., 40letnia, skarżąc się na słabnięcie wzroku od 6ciu lat. W = obuocznie $^6/_9$. Em. J. 2 c + 2. Badanie i objawy *scleroticochorioiditis posterior*, *paresis accomodationis*; wziernik wykazuje drobnopyłkowe zaćmienie ciała szklistego.

Przyczyną zaburzeń zdawało się być wczesne *klimacterium* z boleściami połączone i *obstipatio*. Leczenie przepisane (kąpiele nożne, natryski oczne, *laxantia,* ciemne okulary) miało ten skutek, że w miesiąc później Wprl = $^6/_6$. Hp. 0·75.

W październiku tegoż roku nastąpiło pogorszenie bez wiadomego powodu, dlatego w grudniu dalsze leczenie (Heurteloup, chinina, wycierania).

Jaki był dalszy los chorej, nie wiem, — aż dopiero w r.

1903 pojawiła się u mnie w Krakowie z powodu prawie zupełnej utraty wzroku. Znalazłem zaćmy w obu oczach i rozpoznałem: *cataracta nucleocort. fere mat. oc. d.* — *cataracta nigra sin.* Prawe oko rozpoznawało palce na $^1/_2$ mtr., lewe na $1^1/_2$ mtr.

Chora prosiła o przywrócenie jej wzroku, ku czemu miała się później zgłosić. Uczyniła to 10go lipca 1904, objawiając wielkie zdenerwowanie o operacyę, którą naznaczyłem na dzień następny. Chorą miano należycie przygotować, do czego należało założenie próbnej opaski na oczyszczone oko prawe, które jedynie miało być operowane, gdyż drugie zawsze jeszcze coś widziało. Spostrzegłszy atoli źrenicę tego oka nieco szerszą od lewej, a T + 1, sam zapuściłem przed poleconem oczyszczeniem oka kroplę pilokarpiny. Nazajutrz pani K. do operacyi nie przybyła, dając znać, że w nocy silny ból miała w oku i leży. Odwiedziwszy ją w domu, dowiedziałem się najprzód, że myśl operacyi tak ją przejęła, że spać nie mogła, a w nocy szalonego dostała bólu oka z wymiotami.

Znalazłem typowy obraz jaskry zapalnej z płytką bardzo przednią komorą i silnem napięciem (T + 2), a źrenicą o wiele szerszą od lewej.

Pod wpływem zapuszczań pilokarpiny i ezeryny, opaski Salzwedlowskiej (spirytusowej) i podawania proszków chininowych z fenacetyną — bóle ustąpiły, a napięcie znacznie się zmniejszyło, źrenica jednak zawsze na 8 mm pozostała szeroką, słabo bardzo na światło oddziałując.

Przy bocznem oświetleniu szerokiej źrenicy z głębi gałki wydobywał się poprzez soczewkę odblask czerwonawy (wybroczyny krwawe).

Stosowano dalej pilokarpinę i wzmacniano chorą.

Dn. 22go lipca napięcie prawego oka stało się prawidłowem, źrenica średnio rozwarta i słabo ruchoma.

Badając chorą ostatnio w październiku z. r., znalazłem u prawego oka T + 2, p. k. płytka, źrenica około 8 mm szeroka, tylko na silne światło nieco ruchoma, torebka soczewki zgrubiała, soczewka cała szarożółta.

Oko to ma tylko poczucie silniejszego światła i wadliwą projekcyę.

Lewe oko nie zmienione. —

Trudno w tym przypadku nie połączyć w przyczynowy związek strachu przed operacyą z wybuchem jaskry ostrej na oku do tego usposobionem. Na szczęście operacyi nie przedsięwzięto w okresie rozwoju jaskry. Prawdopodobny krwotok naczyniówkowy byłby wśród szalonego bólu wynik operacyi i tak unicestwił.

W innych może mniej gwałtownych razach jaskra już po operacyi w łagodniejszej postaci z powodu równocześnie zazwyczaj przy operacyi dokonanej irydektomii występuje. —

Dlaczego jaskra nie wystąpiła pod wpływem tej samej szkodliwej okoliczności i na lewem oku, nietrudno zrozumiemy, uprzytomniając sobie stan tego oka, którego przednia komora głębsza, soczewka prawdopodobnie jest mniejsza, bo częściowo kora wessana; gdy prawe oko miało w chwili zamierzonej operacyi zaćmę pęczniejącą; a zatem przestwór okołosoczewkowy był tutaj, do pewnego, oczywiście nie dającego się stwierdzić, stopnia, zcieśniony, jeżeli nie zatkany. A może wynaczynienie do ciała szklistego dało powód do objawów jaskry.

Przypadki, jak powyższy, nakazują nam szczególnie ostrożnie obchodzić się z osobami przestraszonemi, lękającemi się operacyi, t. z. nerwowemi, zwłaszcza, jeżeli oczy ich, mające być operowane, przedstawiają znane każdemu okuliście znamiona ócz, do jaskry skłonnych. Zabierając się zaś do operacyi, wpływać nam trzeba uspokajająco na nich słowem, a nie zaniechać poprzedniego zastosowywania środków zwężających źrenicę, skoro napięcie najmniej nam się podwyższonem być zdaje. W tych to razach irydektomia, kilka tygodni naprzód wykonana, byłaby może dobrym środkiem zapobiegawczym. Zarazem zwykła ona korzystnie na chorego moralnie przez to wpłynąć, że tenże przekona się, iż operacya oczna może być dokonaną bezboleśnie.

Psychiczny wpływ, niewątpliwie źle oddziałujący na oko, daje się przedewszystkiem kobietom we znaki.

Liczyć się nam z tem trzeba, gdy chodzi o propozycyę operacyi, zwłaszcza zaś zabiegu operacyjnego przeciw jaskrze prostej, którą lepiej, gdy chodzi o osoby nerwowe, zwalczać moralnie i środkami miejscowo działającemi, wiedząc zwłaszcza, iż zabiegi operacyjne wogóle niepewne w tych przypadkach, a nieraz wprost szkodliwe dają wyniki. —

Znany mi jest przypadek, gdzie nieco natarczywie i z wskazaniem na grożące chorej niebezpieczeństwo proponowana przez jednego z zagranicznych okulistów operacya z powodu jaskry prostej, wywołała napad ostry, napad, który udało się mi zwalczyć zwykłymi środkami bez operacyi, która i później okazała się zbędną.

Doświadczenie, połączone z właściwym taktem, znajdzie zawsze odpowiednią drogę i sposób dla przygotowania chorych na operacyę konieczną, niepotrzebnych zaś unikajmy starannie zawsze, a tem więcej, gdy one szkodzić mogą.

II. STRESZCZENIA.

Przegląd czasopism.

Annales d'Oculistique. 1905. Nr 1. (Ref. Doc. Dr Majewski).

Historya ciekawego przypadku raka powieki (Histoire d'un épitheliome palpébral.). A. Trousseau.

Do autora zgłosiła się pewna 68letnia kobieta, skarżąc się na owrzodzenie w kąciku zewnętrznym powieki dolnej, istniejące już od lat ośmiu i dotąd wcale nie leczone. Owrzodzenie to, wielkości monety 20centymowej, o brzegach stwardniałych i nacieczonych, nie pozostawiało żadnej wątpliwości co do swej przyrody nowotworowej. Było to *epithelioma.* Chora bezwarunkowo odrzucała wszelką myśl o operacyi i żądała wyłącznie nieoperacyjnego leczenia. W uporze swym trwała ona przez dalszych lat ośm i przez cały ten okres czasu autor miał sposobność śledzić u niej przebieg cierpienia

i wpływ różnych niechirurgicznych sposobów leczenia. Zaczął od oczyszczenia wrzodu za pomocą ciepłych wilgotnych okładów, poczem przystąpił do stosowania sinku rtęci i aristolu. Po upływie miesiąca owrzodzenie było już zupełnie zabliźnione, — wynik na pozór świetny. Po dwóch jednak miesiącach wróciła chora z owrzodzeniem, jeszcze większem, niż poprzednio. Autor użył tym razem kwasu chromowego, potem kwasu mlekowego bez szczególnych skutków i stracił chorą z oczu na przeciąg 5ciu miesięcy. Dowiedział się później, że była w tym czasie leczona gdzieindziej błękitem metylenowym, który znowu doprowadził wrzód rakowy do zupełnego zabliźnienia. Przypadek ten został nawet ogłoszony, jako dowód niezawodnej skuteczności błękitu metylenowego w leczeniu raka. Z tem wszystkiem chora zgłosiła się z nowym nawrotem choroby, przyczem autor stwierdził znaczne powiększenie nacieku nowotworowego i rozleglejsze, niż dawniej, owrzodzenie. I to owrzodzenie dało się jednak wygoić, tym razem za pomocą chloranu potasowego, naciek jednak wokoło blizny pozostał. Później przeciw ponownie powstającemu owrzodzeniu chloran potasowy i inne podobne środki miejscowe pozostawały bez skutku, dopiero po zastosowaniu arszeniku sposobem Czernego i Trunečka wynik był tak uderzający, że autor miał pokusę ogłosić już przypadek, jako wyleczony za pomocą tej metody. Ze względu na dawniejsze niepowodzenia postanowił pewien okres czasu odczekać, aby się o trwałości wyniku przekonać — i dobrze postąpił, bo po upływie roku chora wróciła z nowem, głębokiem i rozleglejszem, niż dawniej, owrzodzeniem. Nareszcie postanowił spróbować promieni Roentgena. Po kilku naświetleniach owrzodzenie zabliźniło się gładko, ale na ogół stan się pogorszył, bo powiększyły się głębokie nacieki i zaczęły sięgać w głąb oczodołu. Wobec wyczerpania wszelkich miejscowych niechirurgicznych sposobów leczenia postanowił autor przełamać upór chorej i uzyskać jej zgodę na zabieg operacyjny, co mu się wreszcie udało. Operacyi dokonał prof. Berger w 16 lat po wystąpieniu pierwszego guzka. Trzeba było wyciąć cały zewnętrzny kącik obu powiek, oczyścić zewnętrzny zaułek oczodołu, a nawet usunąć część kostnego brzegu oczodołowego. Rana zagoiła się bez powikłań, ale szpara powiekowa uległa znacznemu skróceniu. Wobec bardzo spóźnionej, choć radykalnej operacyi, autor obawia się, że po pewnym czasie jednak przyjdzie do nawrotu.

Tak więc w przypadku tym rak powieki uległ pięć razy zabliźnieniu: po sinku rtęci, po błękicie metylenowym, po chloranie potasowym, przy leczeniu sposobem Czernego, wreszcie po zastosowaniu promieni Roentgen'a. Każdym razem jednak wyleczenie okazało się pozornem. Okazuje się z tego, jak trzeba być ostrożnym

w ocenianiu skuteczności różnych przeciw rakowi zalecanych środków i jak się należy wystrzegać wydawania przedwczesnego sądu. Wczesne rozpoznanie i jaknajwcześniejsze wycięcie nowotworu, to jedynie pewne postępowanie lecznicze. —

Berl. kl. Wchschrft. 8 Aug. 1904. (Ref. Dr Berezowski). *O zatruciu belladoną w praktyce okulistycznej* (Ueber Belladonna Vergiftung in der augenärztlichen Praxis.). Dr Julius Fejér.

Autor opisuje trzy przypadki zatrucia belladoną, z tych dwa przy użyciu tego środka wewnętrznem, jeden przy używaniu go jako kropli do oka.

Pierwszy przypadek dotyczył lekarza, który uskarżał się na widzenie jakby przez mgłę i na niemożność czytania i pisania z blizka. V prl. $^5/_7$, $^5/_7$ Hp. 1·0 D. Sn. 1 c. + 2·5 D. Zrenice miernie rozwarte, leniwo oddziałujące na światło. Dna oczu prawidłowe, wziernikiem daje się wykazać Hp. 1·5—2·0 D. Po długich szczegółowych wywiadach okazało się, że chory od kilkunastu dni, z powodu braku apetytu, używał: Rp. *Extr. Belladonnae* 0·10; *Pulv. Rhei Natri. Hydrocarb. āā* 5·00. Mfp. *ad scatulam.* S. Przed jedzeniem na końcu noża zażyć.

Gdyby proszek był należycie rozdzielonym, roztartym, pojedyncze dawki nie byłyby za wielkie. Po zaprzestaniu używania tego leku, a po użyciu środka przeczyszczającego, objawy chorobowe ustąpiły po 48 godzinach.

Drugi przypadek F. tem był szczególnym, że chora, cierpiąca na wrzód żołądka, po wyżyciu trzykrotnem zapisanego jej leku (Rp. *Bismut. subnitr.* 10·00, *extr. Belladonnae* 0·60, mfp. *div. in dos.* XX. S. 3 proszki dziennie), doznała ślepoty zupełnej, trwającej 5 dni. Źrenice były miernie rozwarte i leniwo oddziałujące, dna oczu prawidłowe, brak poczucia światła.

Lekarstwo usunięto.

Po trzech dniach chora powoli odzyskiwała coraz lepszą bystrość wzrokową, a po 14stu dniach liczyła palce z odległości 8iu metrów.

W trzecim przypadku stosował F., przy zdarciu przybłonka rogówkowego, atropinę 1%ową w kroplach z domieszką 20%wej *) kokainy. Na drugi dzień wystąpiły objawy zatrucia, przy których F. zauważył rozszerzenie się źrenicy na zdrowem oku. Wstrzyknięto 0·02 morfiny podskórnie i powoli objawy zatrucia ustąpiły. Ten

---

*) ? *Red.*

sam rozczyn atropiny, stosowany w szpitalu, nie wywołał żadnych objawów zatrucia. W tym przypadku była idyosynkrazya do podanego leku.

W przypadku pierwszym to jest szczególnem, że zatrucie wystąpiło tylko z objawami ocznymi, podczas, gdy ze strony innych narządów nie można było dostrzedz żadnych zmian. Z tego przypadku wyciąga autor przestrogę, aby w postaci proszku, nie podzielonego na poszczególne dawki, belladony nie zapisywać.

Ślepotę w przypadku drugim przypisuje autor zadziałaniu trucizny na nerw wzrokowy, jego zakończenia, jak w pierwszym zadziałała ona na mięśnie wewnętrzne oka. W obu tych przypadkach w innych narządach zmian żadnych nie stwierdzono. —

Dtsch. med. Wchschrft. 1904. Nr. 48 i 49 (Ref. Dr Ed. Goldwasser.).

O upośledzeniu wzroku wskutek zaćmień rogówki i soczewki i o tegoż leczeniu (Ueber Sehstörungen bei Hornhaut- u. Linsentrübungen und ihre Behandlung). Schmidt-Rimpler (Halle n. S.).

Zaćmienia, znajdujące się w środkowych częściach rogówki lub soczewki, wywołują upośledzenie bystrości wzrokowej przedewszystkiem w ten sposób, iż promienie światła przez nie przebiegające nieregularnie się załamują. Wskutek tego obrazki przedmiotów na siatkówce posiadają zatarte granice, nadto rozprószone światło oświetla i dalsze, boczne części siatkówki, tak, że owe niewyraźne obrazki tem gorzej od tła się odbijają. To upośledzenie wyraźnego widzenia nazywamy »zamgleniem światła« *(Lichtnebel).*

Ale nie tylko rozprószone oświetlenie siatkówki ma ten skutek, bo i wobec prawidłowych środków łamiących obrazki będą niewyraźne, jeżeli na obwodowe części siatkówki padnie ostry snop światła, z boku się znajdującego. Przekonać się o tem łatwo, patrząc o zmroku na ulicę, krajobraz lub t. p. Gdy teraz umieścimy obok oka palącą się świecę, wówczas przedmioty, na które spoglądaliśmy, będą jeszcze niewyraźniejsze.

Objaw ten spostrzegamy nieraz u chorych, posiadających zaćmienia środkowe nawet u jednego tylko oka. Niewyraźny obrazek, który powstał, jużto z powodu rozprószonego, jużto skupionego oświetlenia obwodowych części siatkówki, sprawia, że także obraz w drugiem, prawidłowem oku przedstawia się niewyraźnie, pomimo, iż, sam przez się, posiada ostre granice. Chorzy tacy, chcąc wyraźnie widzieć, bezwiednie nieraz zamykają oko chore, chociaż przez to tracą wrażenie bryłowatości przedmiotów. O tem trzeba też pamiętać przy ocenianiu zdolności zarobkowania.

Autor zwraca dalej uwagę, że u chorego z zaćmieniami rogówki lub soczewki można stwierdzić inną bystrość wzroku, badając z blizka, niż przy badaniu w dal. Łatwo tu posądzić chorego o udawanie, lecz niesłusznie, ponieważ bystrość wzroku może być lepszą, gdy źrenica się rozszerzy przy patrzeniu w dal, a plamka znajduje się w obrębie źrenicy — lub też przeciwnie przy zwężeniu się źrenicy, gdy plamka leży w obwodowych częściach. Oprócz tego różnicę tę może wywołać wyżej wspomniane zamglenie światła«, ponieważ utrudnia rozpoznawanie drobnych przedmiotów.

W podobnych przypadkach stosuje autor szparę stenopeiczną. Ma ona wprawdzie tę wadę, że pole widzenia jest znacznie zwężone, ale poprawia często bystrość wzroku w dwójnasób*). —

Klin. Monatsbl. f. Aghk. R. XLIII. T. I. Z. 1. 1905. (Ref. Dr Liebermann).

O trzeszczu gałki ocznej znacznego stopnia, spowodowanym zmian postacią czaszki (Ueber hochgradigen Exophthalmus bei Schädeldeformität.). Prof. Dr Uhthoff (Wrocław.).

Autor opisuje 3 przypadki (1 przypadek czaszki stożkowatej, 1 wodogłowia zewnętrznego skutkiem zapalenia opon mózgowych i 1 wodogłowia wewnętrznego), które były przyczyną, skutkiem zawczesnego zrośnięcia się szwów (przypadek I), względnie skutkiem rozejścia się szwów (przypadek II i III), zacieśnienia oczodołów tak znacznego stopnia, iż przy rozwarciu powiek obie gałki z łatwością z oczodołów wysunąć było można.

Wszystkie 3 przypadki zakończyły się ślepotą, skutkiem zapalenia nerwu wzrokowego.

O środkowym ubytku w polu widzenia przy wrodzonem niedowidzeniu (Ueber das centrale Scotom bei der kongenitalen Amblyopie.). Doc. Dr Heine (Wrocław.).

Określenie wrodzonej amblyopii jest bardzo trudnem i dotychczas w nauce niezupełnie jeszcze ustalonem.

Zdaniem autora wadę tę należy określić w sposób następujący. Za wrodzone niedowidzenie należy uważać taką wadę wzrokową, od najwyższego do najniższego stopnia, dla której ani na dnie oka, ani w środkach łamiących wytłómaczenia znaleźć nie można i stan ten, według wszelkiego prawdopodobieństwa, żadnym dalszym nie ulega zmianom.

---

*) Od dawna polecamy chorym w tych celach stosować słabe *miotica* albo *mydriatica*. *W.*

Wprawdzie badanie dna oka o osłabionej bystrości wzrokowej wykazuje niejednokrotnie pewne zboczenia od stanu prawidłowego co do połysku plamki żółtej i jej zabarwienia, a przydarzyć się nawet mogą i drobne ubytki w plamce żółtej, — wszelkie te zmiany są jednak tak niestałe i nieznaczne, iż nie wystarczają dla wytłómaczenia ubytków w polu widzenia i obniżenia bystrości wzrokowej. Zdaniem autora amblyopia jako taka jest stanem wrodzonym, a nie wynikiem wpływów hamujących na siatkówkę; te ostatnie mogą jednak zwiększać ubytek w polu widzenia. O ile amblyopia zależy od wspomnianych wpływów hamujących, można ją przez odpowiednie ćwiczenia zmniejszyć.

O stereoskopowem widzeniu w stereoskopie lusterkowym i w przyrządzie do obuocznego widzenia (Ueber Körperlichsehen in Spiegelstereoskop und im Doppelveranten.). Doc. Dr Heine (Wrocław.).

Im obrazy stereoskopowe dokładniej są sporządzone, czyli im bardziej odpowiadają one warunkom, wśród jakich zazwyczaj widzimy, tem dokładniejszem będzie złudzenie bryłowatości po zlaniu tych obrazów w jeden, za pomocą odpowiedniego przyrządu.

Przy sporządzaniu takich obrazów głównie uwzględnić należy dysparacyę poprzeczną, jaką wszelkie przedmioty bryłowate w oku dają. Rachunkiem wykazać można, jak daleko powinny być oddalone od siebie oba przyrządy fotograficzne, aby *optimum* tych warunków osiągnąć.

Patrząc przez stereoskop na 2 obrazki, widzi się je najdokładniej, gdy punkt obrotowy oka spada z punktem węzłowym soczewki. Tak zbudowane soczewki nazwano »Verantlinsen«.

Przy fotografowaniu mniejszych przedmiotów uwzględnić należy, iż najdokładniej widzi się je w odległości $^1/_3$ m, czyli pod kątem zbieżności, wynoszącym 11^0; odległość przyrządów fotograficznych powinna być tak dobraną, aby zdjęcia dokonano również pod kątem 11^0.

O zależności dostrzegania głębokości od pochylenia głowy (Ueber die Abhängigkeit der Tiefenwahrnehmung von der Kopfneigung.). Dr R. Depène (Wrocław.).

Doświadczenia robiono przyrządem sztabkowym Förster'a.

Ponieważ okazało się, iż nieznaczna tylko zachodzi różnica, czy pochylano głowę, a przyrząd pozostawał w tem samem położeniu, czy też odwrotnie, przeto wybrano, jako dokładniejszą, tę ostatnią drogę.

Okazało się, iż najdokładniej rozpoznaje oko głębokość, czyli najmniejszą różnicę w głębokości rozpoznaje oko, gdy pręty usta-

wione są pionowo; zdolność ta maleje w miarę pochylenia się pręcików, a równa się 0, gdy pręciki zajmą poziome położenie. Graficznie zdolność tę przedstawić sobie można, jako połowę linii hyperbolicznej.

Inaczej się rzecz ma, gdy zamiast pręcików użyje się do doświadczeń punktów. W tym wypadku pochylenie nie wpływa na dostrzeganie głębokości, gdyż punkty te zawsze dają dysparacyę poprzeczną.

Przyczynek do seroterapii, a w szczególności do leczenia surowicą wrzodu pełzającego rogówki (Beitrag zur Serumtherapie, speciell des Ulcus Corneae serpens.). Dr L. Paul (Wrocław.).

Na podstawie swych doświadczeń dochodzi autor do wniosku, iż leczenie powyżej wzmiankowanego cierpienia zastrzykiwaniami surowicy daje na razie tak niepewne wyniki, iż środek ten, jak dotychczas, nie nadaje się jeszcze do powszechnego użytku.

O keratitis punctata leprosa (Ueber die Keratitis punctata leprosa.). J. Meller (Wiedeń).

Choroba skóry rozpoczęła się u chorego przed 4ma laty wyrzutami na kończynach dolnych; od 2óch mniej więcej lat podupada wzrok. W ciągu tego czasu choroba rozszerzyła się po całem ciele. Po przyjęciu chorego do szpitala stwierdzono trąd, którym chory zaraził się przed 4ma laty podczas pobytu swego w Brazylii.

Obie rogówki są zmętnione; ze spojówki przechodzą na rogówkę nieliczne naczynia. Przy bocznem oświetleniu widać w rogówkach powierzchownie siedzące, białe guzki, otoczone szarą obwódką. Tam, gdzie te guzki bardzo blizko obok siebie siedzą, obwódki ich zlewają się ze sobą.

W tęczówce widać kilka podobnych guzków, a nadto rozległe zrosty tylne. Źrenica zasłonięta szarym wysiękiem; w soczewce kilka guzków.

Badanie histologiczne zdrapanych z powierzchni rogówki części wykazało, obok przybłonków rogówkowych i nielicznych ciałek białych, bardzo duże gromady prątków trądowych.

O gruzłach tarczy nerwu wzrokowego (Zur Kenntniss der Drusen im Sehnervenkopfe.). F. Rabitsch (Wiedeń).

Autor spostrzegał przypadek gruzłów, usadowionych w tarczy nerwu wzrokowego tak rozległych, iż zmieniały w zupełności postać tarczy, nadając jej postać grzyba w środku zagłębionego. Bystrość

wzrokowa była w tym przypadku na obu oczach znacznie obniżoną: *V* p. o. 0·2, *V* l. o. 0·6. Ponieważ żadnych zmian zapalnych nie było, ani też żadnych śladów przebytego zapalenia stwierdzić nie było można, przeto obniżenie bystrości wzrokowej uważać należy za skutek ucisku, jaki rozrastające gruzły wywarły na włókna n. wzrokowego.

O skurczu akomodacyi i nadmiernem jej napięciu u krótkowzrocznych (Ueber Akkomodationskrampf und abnorme Akkommodationspannung bei Myopen.). Dr Herbst (Halle n. Salą).

Oba te stany ściśle odróżnić należy: nie można bowiem nazwać skurczem stanu, który znika przy przedmiotowem oznaczaniu refrakcyi wziernikiem, aby znów się zjawić, gdy chory na jakikolwiek przedmiot patrzeć usiłuje. Stan taki przydarza się, zdaniem autora, dosyć często u ludzi krótkowzrocznych, czyli, że podmiotowo wymagają oni silniejszych szkieł, aniżeli to przedmiotowemu oznaczeniu refrakcyi odpowiada. Aby taki stan nadmiernego napięcia akomodacyi usunąć, radzi autor zakraplać przez 14 dni atropinę, a następnie po 10dniowym wypoczynku powtórnie oznaczyć refrakcyę. Po takiem przedwstępnem leczeniu podmiotowe i przedmiotowe badania dają zazwyczaj zgodne wyniki.

Bodźcem dla takiego skurczu akomodacyi może stać się zbieżność gałek ocznych, potrzebna do patrzenia z blizka, jak to następujący, przez autora leczony, przypadek udowadnia: Młody chłopiec, mający ze szkłem + 0·5 pełną bystrość wzrokową, czyta z blizka zaledwie w 12 cm druk, który powinien czytać w 40 cm. Gdy mu jednak do jego szkła dodano pryzmat 4^0 podstawą do nosa zwrócony, czytał gładko ten sam druk w prawidłowej odległości. Temu choremu polecono również 14dniowe leczenie atropiną.

Przypadek gruczolaka powieki górnej, wychodzącego z gruczołu Meiboma (Ein Fall von Adenom der Meibom'schen Drüsen.). Pause (Berno.).

U 75cioletniego starca utworzył się w przeciągu kilku miesięcy w górnej powiece oka lewego guz wielkości jaja gołębiego, wykazujący na dolnym swym brzegu nieznaczne owrzodzenie. Skóra nad guzem ścieńczała, zresztą prawidłowa, ponad guzem łatwo przesuwalna. Obmacywaniem wykazać można było płatową budowę nowotworu. Guz w całości wyłuszczono, a powiekę zeszyto. Po wygojeniu się rany operacyjnej, czynność powieki była prawidłową.

Badanie drobnowidowe wyłuszczonego guza wykazało, iż był to gruczolak, wychodzący z gruczołu Meibom'a.

W sprawie wydzielania płynu przedniej komory po punkcyi tejże (Ein klinischer Beitrag zur Frage der Secretion des Kammerwassers nach Punction der Vorderkammer.). W. Stock (Freiburg).

Z powodu *seclusio pupillae oculi utriusque* wykonał autor u chorej obustronną irydektomię. Pomimo, iż przed operacyą tęczówka wszędzie przylegała do soczewki, jak gdyby z nią na całej płaszczyźnie była zrośniętą, nagle, po odpuszczeniu płynu przedniej komory, wypukliła się ona bochenkowato ku przodowi. Po irydektomii tęczówka znów w prawidłowem miejscu się ułożyła. To samo zjawisko powtórzyło się, gdy w kilka dni później wykonano irydyktomię na drugiem oku.

Na podstawie tego spostrzeżenia przychodzi autor do wniosku, iż po odpuszczeniu płynu z przedniej komory, gdy parcie się w niej zmniejszyło, nagle ciecz obficie poczęła się wydzielać na tylnej ścianie tęczówki.

Münch. med. Woch. 1904, Nr 49 (Ref. Dr Ed. Goldwasser.).

Czy ropne zapalenie bocznych jam nosa wywołuje zwężenie pola widzenia? (Bedingen Eiterungen der Nasennebenhöhlen eine Einengung des Gesichtsfeldes?). Doc. Dr Henrici i Dr Häffner (z Rostoku).

W ostatnich latach ogłoszono wiele prac, które wykazywały, iż istnieje przyczynowy związek między chorobami oka a zmianami patologicznemi jamy nosowej. Już samo anatomiczne sąsiedztwo wskazuje, że zdanie to jest uzasadnionem, lecz nieraz zbyt chętnie i bez należytego poparcia przykładami na związek ten się powoływano. I tak Ziem n. p. twierdzi, że $^2/_3$ wszystkich chorób ocznych są pochodzenia rynologicznego, Berger, Kuhnt, Eversbusch spostrzegali zwężenie pola widzenia jako skutek ropienia w bocznych jamach nosowych.

Najmniej wyjaśnionym wydawał się autorom ten właśnie objaw, zwłaszcza, że dotychczas nie zdołano oznaczyć, która z jam bocznych zwężenie to najczęściejby wywoływała, ani też dziwnego tego objawu wytłómaczyć. Dlatego też badali wspólnie chorych, dotkniętych ostrem i przewlekłem ropieniem bocznych jam nosa. Na 37iu badanych, 36ciu posiadało prawidłowe pole widzenia. W jednym tylko przypadku zwężenie istniało, lecz tutaj dałoby się ono wytłómaczyć nerwicą urazową — chory został uderzonym w okolicę skroniową — lub też symulacyą, za czem także przemawiał wynik dalszych badań.

Na tej podstawie autorowie twierdzą, iż nawet długo trwające ropienie bocznych jam nosa nie powoduje zwężenia pola widzenia.

1905, Nr 4. (Ref. Doc. Dr K. W. Majewski.).

Użycie niebieskich szkieł przy badaniu w oświetleniu sztucznem i opis prostego przyrządu do badania poczucia barw (Die Verwendung blauer Glaeser bei der Untersuchung mit künstlichem Licht nebst Beschreibung eines einfachen Apparates zur praktischen Prüfung des Farbensinnes.). Dr P. Erdmann (z Rostoku).

Do wykrywania nieznacznych powierzchownych ubytków przybłonkowych na rogówce używa się, jak wiadomo, w dyagnostyce okulistycznej rozczynu fluoresceiny *(kalium fluoresceinicum)*, która barwi miejsca obnażone z przybłonka kolorem zielonym. Sposób ten znajduje też zastosowanie przy bliższem rozróżnianiu niektórych zaćmień i nacieków w tkance rogówkowej. Zabarwienie, jakie powoduje fluoresceina, polega na zjawisku fluorescencyi, które występuje najwybitniej pod wpływem najbardziej łamliwych promieni błękitnych, fiołkowych i pozafiołkowych. Stąd to przy sztucznem świetle, czy to naftowem, czy gazowem, czy żarowem elektrycznem, zawierającem przeważnie promienie żółte i czerwone — nie można wcale dojrzeć miejsc, zabarwionych fluoresceiną. Światła sztucznego używamy jednak często bądź to przy badaniu w oświetleniu ogniskowem, bądź przy badaniu za pomocą lupy Westien-Zehender'a, lub mikroskopu rogówkowego. Aby ułatwić zatem rozpoznanie ubytków przybłonkowych w takich warunkach, zaleca autor zasłonić lampę płytą błękitnego szkła kobaltowego, przez co zjawisko fluorescencyi znakomicie się uwidacznia. Tę samą usługę mogą nam oddać okulary ze szkła niebieskiego, przez które przyglądać się możemy oku zabarwionemu fluoresceiną. Szkło kobaltowe powstrzymuje promienie żółte i czerwone, a przepuszcza tylko »zimną« część widma. W takiem oświetleniu granice miejsc zabarwionych fluoresceiną występują nieraz ostrzej nawet i wyraźniej, niż w świetle dziennem.

Autor poleca użycie fluoresceiny i szkieł niebieskich także w dyagnostyce laryngologicznej, otologicznej i rynologicznej, gdzie również bez światła sztucznego obejść się zazwyczaj nie można. Wreszcie do oglądania preparatów mikroskopowych, barwionych fluoresceiną, o ile się pracuje przy żółtem świetle lampy, — niezbędną jest zasłona ze szkła błękitnego.

Na końcu pracy podaje autor opis przyrządu, mającego służyć do badania poczucia barw. Jest to uproszczona odmiana barwnych latarni, podanych przez Eversbusch'a i William'a. —

Rév. génér. d'Opht. 1904, Nr 11. (Ref. Doc. Dr K. W. Majewski.).

Iritis gummosa z rzekomem hypopyon (L'iritis gommeuse à pseudo-hypopyon.). E. Rollet.

Jak kilak podskórny może robić wrażenie ropnia, tak kilak tęczówki daje nieraz powód do powstania żółtego osadu w przedniej komorze, mało różniącego się od zwyczajnego *hypopyon*. Autor przytacza dwa spostrzeżenia, odnoszące się do starszych kobiet dotkniętych zmianami kiły drugorzędnej na skórze i błonach śluzowych. U jednej i u drugiej wystąpiło zapalenie tęczówki połączone z wysiękiem ropiastym, sięgającym do połowy, względnie powyżej połowy przedniej komory. Wcierania szarej maści i *KJ* sprowadziły w obu przypadkach szybkie wessanie rzekomego *hypopyon*, przez co odsłoniło się kilakowe owrzodzenie na tęczówce. Mimo wczesnego okresu kiły (sześć i dziewięć miesięcy po wystąpieniu wrzodu pierwotnego), autor, wnosząc z wejrzenia i przebiegu zmian tęczówkowych, a zwłaszcza ze względu, że po ich wygojeniu pozostały wyraźne bliznowate wyciągnięcia, — uważa je za zmiany trzeciorzędne, a więc za kilaki.

W przebiegu kilaka tęczówki można rozróżnić cztery okresy, podobnie zresztą, jak wogóle w przebiegu zmian kilakowych: okres zbitego nacieku, okres rozmiękczenia, owrzodzenia, a wreszcie zabliźnienia. W okresie trzecim kilak tęczówki rozpada się, a *detritus* stąd powstały tworzy osad, który łatwo pomieszać z ropnem *hypopyon*. Wejrzenie jednak nieco ziarniste z powodu obecności grudek rozpadłej tkanki kilakowej, większa gęstość ropiastej masy, obecność guzka owrzodziałego na tęczówce (widocznego jednak nieraz dopiero po wessaniu osadu), wreszcie równocześnie istniejące zmiany kiłowe na skórze — ułatwia nam rozpoznanie. W razach wątpliwych można rozpoznać tło choroby *ex juvantibus*. —

Wiener Med. Presse. Nr 50. 1904. (Ref. W.).

Odczepienie ciałka szklistego (Ueber Glaskoerperabloesung.). Prof. Elschnig.

Przytoczywszy rozwój naszej wiedzy o tem nie dość jeszcze znanem zjawisku patologicznem, które, zdaniem Weiss'a, już wziernikiem stwierdzonem być może, a bywa wyrazem poczynającej się myopii, wykazuje autor wynik swoich badań. Na 22 ócz o najrozmaitszych stopniach krótkowzroczności, poddanych sekcyi, tylko w czterech o 4, 10, 20 i 25 d. znalazł stan ciałka szklistego, mogący makroskopijnie uchodzić za odczepienie ciałka szklistego, w rzeczywistości zaś było to tylko rozwodnienie ciałka. Wnioskuje więc

z tego, że krótkowzroczność do odczepienia nie usposabia, a nadto zauważa, że i w 4ech przypadkach odczepienia siatkówki, powstałego wskutek *retinitis albuminurica*, i w piątym przypadku samoistnego odczepienia siatkówki w oku wysoce krótkowzrocznem nie było odczepienia ciałka, które zwykle, wedle utartego zdania, miałoby w przyczynowym z takowem być związku.

Opierając się na jednem oftalmoskopijnie stwierdzonem, a później przez autopsyę badanem oku, zaznacza, że lejkowate odczepienie ciałka szklistego objawia się w postaci pędzelkowato od tarczy ku przodowi, na podobieństwo *art. hyaloidea*, rozchodzących się tworów.

III. Z TOWARZYSTW.

Doroczne zebranie brytyjskiego towarzystwa lekarskiego — w Oxfordzie (26—29 lipca 1904.).

W sekcyi fizyologicznej miał Grossmann (z Liverpoolu) wykład o mechanizmie akomodacyi na podstawie własnych badań i spostrzeżeń. U pewnego osobnika, dotkniętego wrodzonym brakiem tęczówki, stwierdził on za pomocą skiaskopii oraz obrazków Purkinje-Sanson'a, że podczas akomodacyi, a jeszcze wybitniej po zapuszczeniu ezeryny, wytwarza się *lenticonus anterior* i *lenticonus posterior*, a przytem soczewka przesuwa się w całości ku górze wewnątrz. U pewnego 37letniego mężczyzny zauważył znów autor przesunięcie obu źrenic — symetrycznie również ku górze wewnątrz, podczas aktu akomodacyi. Chcąc bliżej poznać zmianę postaci soczewki podczas akomodacyi, przynajmniej u zwierząt, przedsięwziął on szereg prób na oczach kotów. Badania polegały na tem, że do jednego oka zapuszczał atropinę, do drugiego ezerynę, poczem obie gałki wyłuszczał i zamrażał je natychmiast w alkoholu, oziębionym za pomocą płynnego bezwodnika kwasu węglowego. Następnie robił przekroje tych zamrożonych gałek w różnych kierunkach i wykonywał zdjęcia fotograficzne, wykazujące różnice w postaci soczewek. Na zdjęciach tych widać bardzo wyraźnie, że tylna powierzchnia soczewki w oku atropinowanem jest w środku nieco przypłaszczona, natomiast w oczach, w które wpuszczana była ezeryna, soczewki okazują wybitne stożkowate wypuklenie tylnej powierzchni, nie zajmujące jednak części przyosiowej, lecz przesunięte o $^1/_4$ średnicy soczewki powyżej jej osi optycznej. Analogiczne mimośrodkowe przesunięcie tylnego stożka soczewkowego ku górze wewnątrz udało

się autorowi wykazać także u człowieka (oprócz przesunięcia całej soczewki *en masse*) na podstawie ścisłych pomiarów, dokonanych za pomocą oftalmometru Helmholtz'a. — *K. W. Majewski.*

Z towarzystwa lekarskiego w Halli n. S.

Posiedzenie z dn. 9 listopada 1904.

Na posiedzeniu tem odbyła się dyskusya o różnicy między *nadmiernem napięciem akomodacyi, a skurczem akomodacyjnym.*

Herbst badał w tym kierunku 80 krótkowidzów: między tymi znalazł 8 przypadków nadmiernego napięcia akomodacyi, a tylko 1 przypadek skurczu akomodacyjnego. Przyłącza się też do zdania tych autorów, jak n. p. Hess, Hirschberg, którzy twierdzą, że skurcz akomodacyjny jest rzadkością, a objawy, objęte tą nazwą, są jedynie wynikiem nadmiernego napięcia akomodacyi.

Schmidt-Rimpler, który pierwszy zwrócił uwagę na tę różnicę, zaznacza ponownie, że wśród uczniów szkół, przez mowcę badanych, 10—30 na 100u było dotkniętych nie skurczem, lecz nadmiernem napięciem akomodacyi. Objaw ten rozpoznaje się wówczas, gdy wziernik wykazuje mniejszą łamliwość, niż badanie szkłami. Występuje on wskutek chwilowego skurczu m. rzęskowego pod wpływem impulsu wzrokowego. Wobec tego trudno objaw ten nazwać »skurczem« akomodacyi, bo inaczej należałoby uważać badanie wziernikiem za środek leczący stan skurczowy mięśnia. Rzeczywisty »skurcz akomodacyi« nie ustępuje przy wziernikowaniu. —

E. G.

IV. ROZMAITOŚCI.

Szpital dla chorych na oczy zbudowano ze zapisu Adolfa Rotschilda w Paryżu. Lekarzem naczelnym został Dr Trousseau.

Tow. oftalmologiczne.

Tow. oftalmologów francuskich odbędzie swe zebranie doroczne od 1—5 maja b. r. w Paryżu.

Tow. oftalm. w Heidelbergu od 3—5 sierpnia.

Tow. węgierskich oftalmologów od 11—12 czerwca w Budapeszcie.

Kongres włoskich oftalmologów w Neapolu od 10—14 października.

Nowe czasopismo okulistyczne wydaje prof. Parisotti w Rzymie p. t. Rivista italiana di Oftalmologia.

V. SPRAWY OSOBOWE.

Dr Gallemaerts mian. prof. okulistyki w Brukseli na miejsce ustępującego prof. Coppez'a.

Doc. Dr Łobanow mian. prof. w Tomsku, doc. Dr Sachsalber prof. nadzw. w Gracu.

Habilitowali się: Dr Orlandini w Sienie, Dr Morgano w Katanii.

VI. KRONIKA ŻAŁOBNA.

W Budapeszcie zmarł prof. Schulek.

Ur. się tamże w r. 1843, a nauki lekarskie pobierał we Wiedniu, skąd, po uzyskaniu stopnia doktora wszech nauk lekarskich, udał się do Berlina, by pod okiem Graefe'go wykształcić się w okulistyce; dalej zwiedził w tymże celu Londyn, Paryż, a powróciwszy do Wiednia, przyjął asystenturę na oddziele prof. Arlt'a, gdzie przebywał od r. 1867—1872, t. j. do powołania go na katedrę okulistyki do Koloszwaru (Klausenburga). W r. 1874 dostaje katedrę zwyczajną okulistyki przy uniwersytecie w Peszcie. Tu do ostatnich chwil był czynnym jako kierownik znakomitej, wedle własnych jego planów zbudowanej kliniki uniwersyteckiej.

Ogłosił drukiem wiele prac. Wydawał najprzód dodatek »Szemeszet« do pisma ogólnolekarskiego »Orvosi Hetilap«, pomieszczając w nim prace i spostrzeżenia własne i swych licznych uczni. Od roku 1895 wydaje w nieregularnych odstępach pojawiające się obszerne publikacye p. t. »Ungarische Beitraege zur Augenheilkunde«, gdzie wiele cennych znajdujemy prac zbiorowych wydawcy i węgierskich okulistów.

Cześć pamięci dzielnego pracownika na niwie naszej wspólnej.

W.